FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

# THÈSE N° 98

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 29 novembre 1900, à 1 heure*

Par **Ludovic BONNEFOND**

Né à Montboutcher (Drôme) le 15 avril 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'ADÉNO - LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

## A PRÉDOMINANCE CERVICALE

## ET DE SON TRAITEMENT

*Président* : M. LE DENTU, *professeur.*

*Juges* : MM. CHANTEMESSE, *professeur.*
THIROLOIX et MAUCLAIRE, *agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547213_0037

98

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 29 novembre 1900, à 1 heure*

Par **Ludovic BONNEFOND**

Né à Montboutcher (Drôme) le 15 avril 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'ADÉNO - LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

## A PRÉDOMINANCE CERVICALE

## ET DE SON TRAITEMENT

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

*Président* : M. LE DENTU, *professeur.*

*Juges* : MM. CHANTEMESSE, *professeur.*
THIROLOIX et MAUCLAIRE, *agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

**L. BOYER**

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**15, rue Racine, 15**

—

**1900**

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen.** | M. BROUARDEL |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | FARABEUF. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | DEBOVE. HUTINEL. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE. |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | Mathias DUVAL. |
| Opérations et appareils | TERRIER. |
| Matière médicale et pharmacologie | POUCHET. |
| Thérapeutique | LANDOUZY. |
| Hygiène | PROUST. |
| Médecine légale | BROUARDEL. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | BRISSAUD. |
| Pathologie expérimentale et comparée | CHANTEMESSE. |
| Clinique médicale | POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY. |
| Maladie des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | FOURNIER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. |
| Clinique ophthalmologique | PANAS. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. PINARD. |

**Agrégés en exercice.**

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | DESGREZ | LEJARS | THIROLOIX |
| ACHARD | DUPRE | LEPAGE | THOINOT |
| ALBARRAN | FAURE | MARFAN | VAQUEZ |
| ANDRE | GAUCHER | MAUCLAIRE | VARNIER |
| BONNAIRE | GILLES DE LA TOURETTE | MENETRIER | WALLICH |
| BROCA (Aug.) | | MERY | WALTHER |
| BROCA (André) | HARTMANN | ROGER | WIDAL |
| CHARRIN | LANGLOIS | SEBILEAU | WURTZ |
| CHASSEVANT | LAUNOIS | TEISSIER | |
| DELBET | LEGUEU | THIERY | |

*Chef des Travaux anatomiques* : M. NIEFFEL.

---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE MION.

A MON CHER PÈRE.

A MA CHÈRE MÈRE.

A MONSIEUR L'ABBÉ HECTOR REYNAUD

Docteur en théologie.
Docteur ès-lettres.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE

Chirurgien des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'ADÉNO-LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

## A PRÉDOMINANCE CERVICALE

ET DE

## SON TRAITEMENT

---

### AVANT-PROPOS

Dès le début de nos études médicales, il nous était habituel de rencontrer dans notre quartier de Passy, un homme, dont la physionomie était bien faite pour attirer notre attention. De taille moyenne, légèrement obèse, la démarche ordinaire, rien n'aurait justifié la curiosité générale dont il était l'objet, si son visage aux traits d'ailleurs réguliers, n'avait été entouré d'un bourrelet énorme, formé par les téguments plus ou moins distendus, qui, partant des régions auriculo-mastoïdiennes, se fusionnaient sous le menton, et retombaient sur le haut de la poitrine, constituant ainsi une sorte de rabat. A voir notre sujet, la pensée se reportait aisément à ces divini-

tés hindoues, bien connues sous le nom de bouddhas, dont la tête, représentée en flexion forcée, fait saillir autour de la face les téguments des régions sus-hyoïdiennes. D'ailleurs cette difformité, élargissant considérablement à sa base la tête de l'individu qui nous occupe, n'était pas sans lui donner une allure empreinte d'une certaine majesté. Or, cet homme n'était autre que le patient de M. le professeur Hayem, qui en 1897, le présenta à la société médicale des hôpitaux, comme atteint de lymphadénie aleucémique, avec lipomatose péri-ganglionnaire.

Si nous revenons sur ce malade, si nous reproduisons *in-extenso* son observation bien connue, car il eut son heure de triste célébrité, c'est qu'il nous a été possible de recueillir des renseignements postérieurs à cette observation, de la compléter en quelque sorte. Un point surtout avait son importance. Le 5 mars 1897, devant la société médicale des hôpitaux, M. le professeur Hayem annonçait des résultats encourageants obtenus par la médication thyroïdienne qu'il avait rationnellement instituée. Il était donc intéressant de savoir comment cette médication s'était comportée par la suite, et quels en avaient été les résultats définitifs : nous les exposerons en leur temps.

Depuis cette époque nous n'avons plus revu de cas semblable. Mais au mois d'octobre de la présente année, assistant aux visites de M. le docteur Mauclaire, à l'hospital Necker, dans le service de M. le professeur Le Dentu, il nous a été donné d'observer un malade d'aspect absolument analogue, quoique les lésions fussent bien moins

accentuées et presque limitées au collier lipomateux cervico-facial.

Disons tout de suite que ces deux malades répondent à cette affection que MM. Launois et Bensaude ont étudiée sous le nom d'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale. Nous avons donc choisi cette question pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre but n'est pas d'éclaircir certains points spéciaux, non absolument acquis quoique fort probables, tels la théorie pathogénique ganglionnaire de MM. Launois et Bensaude ; nous laissons ce soin à des esprits plus compétents. Pour nous, notre ambition sera plus modeste : Le malade qui fait le sujet de notre observation personnelle, a été soumis au seul traitement chirurgical, qui a consisté dans l'extirpation. Nous en dirons les résultats. De plus l'occasion nous a paru bonne pour passer en revue les divers moyens employés pour la cure de cette affection vraiment monstrueuse. Aussi après un rapide coup d'œil sur l'historique, les symptômes, le diagnostic, la pathogénie et le pronostic, nous arriverons à la question du traitement qui fera le fond de notre travail.

Mais avant toute chose, qu'il nous soit permis d'acquitter ici quelques dettes de reconnaissance contractées au cours de nos études.

M. le Dr Troisier fut notre premier maître dans les hôpitaux. Il sut nous initier aux premières difficultés de la clinique et nous témoigna constamment une bienveillance que nous n'oublierons jamais.

M. le Dr Mauclaire, dont nous suivîmes, plus tard, dans divers hôpitaux l'enseignement rigoureux, a bien voulu

dernièrement nous suggérer l'idée de cette thèse et nous aider de ses conseils : nous le remercions bien vivement de l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

Nous avons été reçu d'une façon très aimable, par M. le Dr Bensaude. Nous lui adressons l'expression de notre vive gratitude, pour la facilité qu'il nous a donnée, de faire quelques emprunts à ses travaux en collaboration avec M. le Dr Launois.

Enfin M. le professeur Le Dentu, a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Qu'il nous permette de lui offrir publiquement l'hommage de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE I

## HISTORIQUE. ÉTIOLOGIE

La première observation que l'on connaisse est généralement attribuée à un auteur anglais, Benjamin Brodie, qui, en 1846, donne une description détaillée d'un cas qu'il avait rencontré. On cite ensuite celle d'Huguier qui le 7 mars 1855, présenta un malade porteur de masses lipomateuses symétriques à la nuque, aux troncs et aux membres. Puis c'est le cas de Foucher rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1863. En France, il faut encore mentionner les faits de Darbez (thèse 1868), de Gillette (*Dictionnaire de Dechambre*), de Gregory (1878), de Lancereaux (1879); ceux plus récents de MM. Bucquoy, A. Siredey, Merlin, Lejars, Dartignolles, Hallopeau et Jeanselme, du Castel, Hayem, Dalché, Béclère et Teissier.

Les thèses de Bouju et de Marçais contiennent quelques cas typiques d'adéno-lipomatose.

Enfin en 1898, MM. Launois et Bensaude érigent cette maladie en entité morbide nettement définie et la séparent d'un certain nombre d'affections avec lesquelles elle avait été jusqu'alors plus ou moins confondue, (lipomes vrais, circonscrits, multiples et symétriques, lipomes congénitaux, qui peuvent être eux aussi, parfois symétriques, pseudo-lipomes sus-claviculaires). En dehors des

cas que ces auteurs ont réunis dans leur mémoire de la Société médicale des hôpitaux, il faut signaler 3 cas observés par Péan, trois cas rapportés très brièvement à la Société de chirurgie par M. Ricard, un cas communiqué par M. A. Pitres à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, un cas de M. Bouvet, un autre de M. Demons, et enfin deux observations de MM. Legueu et Nélaton consignées dans la thèse de Tapie (1899). Sauf ces deux dernières, nous avons cru intéressant de reproduire les précédentes.

En Angleterre, il faut citer les noms de Mac Cormac (1884), Baker et Bowlby (1886), de Clutton et de Roger Williams.

En Allemagne, ceux de Curschmann, de Langer, de Sick, de Wirchow, mais surtout de Madelung qui fit de l'affection une étude détaillée.

Nous serons bref sur l'étiologie encore mal connue. On sait toutefois que l'adéno-lipomatose est presque spéciale à l'homme, que c'est une affection de l'âge adulte. Les habitudes alcooliques, quoique non constantes, ne semblent pas étrangères à la genèse de la maladie.

Peut-être que les traumatismes de toutes sortes, atteignant mieux une région découverte, pourraient être invoqués pour expliquer la prédominance cervicale de l'affection.

CHAPITRE II

## SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La physionomie de la maladie est différente, suivant qu'on l'observe à une époque plus ou moins éloignée de son évolution. Comme l'indiquent les termes mêmes de la définition, c'est à la région cervicale qu'est accentuée la localisation des tumeurs. Il faut entendre par là que le cou en est le siège constant, sinon unique. Dans les quatre-vingts observations réunies par MM. Launois et Bensaude, ainsi que dans quelques autres publiées depuis, la région cervicale est toujours envahie; très probablement, elle doit l'être en premier lieu, dans le cas de localisations multiples (aisselles, aînes, pubis), comme cela existe en effet, dans toutes les observations où l'ordre d'apparition des tumeurs est noté.

Lorsque les productions lipomateuses ont acquis un développement suffisant, l'aspect du patient est caractéristique et donne de la maladie une idée bien plus exacte que toute description. Dans les cas les plus simples, la face paraît encadrée d'un bourrelet plus ou moins volumineux parti des régions auriculo-mastoïdiennes, qui, au début, peut être regardé par le malade comme une adipose locale d'ordre purement physiologique (Langer, Obs. XI).

La tuméfaction se développant, la région antérieure du

cou prend la forme d'un menton à double ou triple étage, analogue à celui des gens obèses, mais s'en distinguant par un volume plus considérable et surtout par la présence de masses plus fermes situées derrière la nuque, soit dans la région parotido-massétérine (Langer Obs. XI). Quelquefois un sillon, de profondeur variable, sépare le bourrelet mentonnier en deux lobes natiformes (malade de Hayem et surtout de Roger Williams).

Nous devons insister sur les dimensions que peuvent acquérir les régions atteintes. L'encolure du malade de Virchow mesure 60 centimètres de circonférence, 44 d'une oreille à l'autre. Bouju relève chez son patient un tour de cou de 52 centimètres; chez celui de Péan, il atteignait 59 centimètres.

A la configuration spéciale dont nous venons de parler, les observateurs ont cherché des termes de comparaison. Quand l'affection est très accentuée, mais les tissus peu fermes, les auteurs parlent de sacs pendant en avant et en arrière, de tentures (Schmidt); Curschman considérant son malade de profil lui trouve un cou analogue à celui d'un taureau.

M. le Professeur Hayem donne une idée très exacte de quelques-uns de ces facies monstrueux. « Le volume, dit-il, du cou et de la tête allant progressivement en décroissant de bas en haut, il en résulte que l'extrémité céphalique, depuis les épaules jusqu'au sommet du vertex, a la forme d'une pyramide tronquée à base inférieure et à sommet supérieur ». Tels sont, en effet, les malades de F. Siredey, de Hayem, de Roger Williams, qui présentent cet aspect résumé dans l'expression de « tête en poire ».

Toutefois cette disposition, qu'on observe surtout, quand le collier graisseux peut, grâce à sa mollesse, s'étaler sur les parties latérales, ne nous a pas paru constante. Ailleurs, en effet, l'ensemble de la figure très allongée de haut en bas, affecte plutôt une forme rectangulaire, à grand diamètre vertical. Ainsi nous apparaissent les malades de A. Mouchet, de Müller, de Laskarides, de Pitres et du professeur Demons (de Bordeaux). Mais cette distinction purement formelle, tient vraisemblablement à la consistance plus ferme de la tuméfaction lipomateuse antéro-inférieure.

Nous n'aurions donné de l'adéno-lipomatose qu'un aperçu fort incomplet, si notre description se bornait à ce qui précède. Le collier cervico-facial avons-nous dit remonte jusqu'aux régions mastoïdiennes. « A la partie postérieure et inférieure du cou, au niveau de la vertèbre proéminente existe une autre tuméfaction tantôt unique, tantôt divisée en deux lobes par un sillon médian. Dans ce dernier cas, les deux tumeurs supérieures et les deux inférieures finissent par se rapprocher au point de n'être plus séparées que par deux sillons réciproquement perpendiculaires, rappelant par leur réunion l'aspect des tubercules quadrijumeaux (1). Assez souvent, au lieu de quatre tumeurs, on n'en trouve que trois, (deux supérieures et une inférieure). Ces tumeurs reproduisent alors la forme d'une feuille de trèfle et les sillons qui les séparent se trouvent disposés comme les branches d'un T renversé » (2). (Launois et Bensaude).

1. Malade de Clutton, de Mac-Cormac.
2. Malade de Morrant, Backer et Anthony Bowlby.

Les productions lipomateuses peuvent, comme dans notre observation, rester localisées à la région cervicale (Williams, Morrant Backer et Anthony Bowlby, Socin, Madelung, Stoll, Lejars, Mouchet). Mais il arrive fréquemment qu'on en trouve dans d'autres régions du corps. Il suffit de découvrir le patient pour s'en rendre compte. Ailleurs l'inspection méthodique est nécessaire, c'est-à-dire qu'il faut rechercher les tumeurs dans des endroits déterminés : Les aisselles, les régions pectorales (1), épigastrique, sus-pubienne, dorso-lombaire, les parties latérales du rachis sont ces lieux d'élection.

Ordinairement uniques dans une région donnée les masses peuvent devenir confluentes, à la paroi abdominale antérieure (Janselme et Bufnoir), au sacrum (du Castel) et même sur toute la surface du corps (Langer).

Ce qui frappe quand on regarde un de ces malades, c'est la symétrie des tuméfactions, tantôt paires et situées de chaque côté du corps, tantôt impaires et alors médianes, de plus, en les palpant attentivement, on reconnaît que leurs bords sont mal délimités et se perdent insensiblement dans le tissu cellulaire qui les environne.

Leur consistance est variable : Les plus molles siègent sous le menton ; les plus dures occupent la nuque ; ailleurs, on observe une consistance intermédiaire à celle des deux catégories précédentes.

Cette particularité signalée par MM. Lannois et Bensaude nous paraît liée à l'adhérence, variable elle-même, de la peau suivant les régions.

1. Chez les malades de Virchow, de Baker et Bowlby, de Langer, les tuméfactions globuleuses ressemblent à des mamelles de femme

C'est ainsi qu'à la nuque où se rencontrent les tumeurs les plus dures, la peau très épaisse « adhère intimement à la couche graisseuse, ainsi qu'au plan aponévrotique sous-jacent. Loin de glisser facilement sur les parties profondes à l'aide d'une couche lamelleuse très lâche, elle est si intimement unie à la gaine du trapèze, qu'on ne l'isole qu'avec peine. (Tillaux, *Anat. top.*).

Par contre à la partie antérieure du cou, qui est le siège des tumeurs réputées les plus molles, au point de donner souvent lieu à une fausse fluctuation, on trouve dans les régions sus-hyoïdiennes latérales et médiane « une couche celluleuse lâche plus ou moins chargée de graisse, qui permet des glissements faciles sur le feuillet aponévrotique sous-jacent » (Tillaux, *op. cit.*). Cette hypothèse semble confirmée par l'observation de changements assez brusques survenant sur une même tumeur en raison directe de son augmentation ou de la diminution.

Le plus souvent la présence des adéno-lipomes sauf parfois une certaine gêne dans les mouvements constituent toute la maladie (1): l'état général est excellent. Dans d'autres cas, en dehors des particularités présentées par les tumeurs, on relève des troubles qui, néanmoins sont loin d'être constants.

Parmi les plus connus et les non moins redoutables, les accidents dûs à la compression des organes du médiastin occupent le premier rang. Que les masses cervicales poussent des prolongements rétro-sternaux, ou bien que des néoformations lipomateuses prennent naissance autour

1. Dans le cas de M. Hayem les tumeurs axillaires empêchaient le mouvement d'adduction des bras.

des ganglions lymphatiques du médiastin, ces accidents consistent en une dysphagie légère, de la toux, de la raucité de la voix, de la dilatation des veines sous-cutanées thoraciques. Dans les cas accentués, ils prennent des proportions inquiétantes. Le malade de Bryk avait de la dysphagie, de la dyspnée et dans les derniers temps des accès de suffocation nocturne. Celui de Madelung étouffait littéralement dans la graisse ; quant au patient de Hayem, il existait chez lui une dyspnée presque constante et un cornage intense quand il était couché ; de l'avis de son entourage son sommeil était effrayant.

Assez souvent on observe d'autres troubles tels que : amaigrissement progressif et perte graduelle des forces (Reverdin de Genève, J. Levai et M. Schein, Muller, Péan, Launois). On a signalé aussi la perte du sens génital (Muller), des troubles de la vue et de l'odorat (Margerin), l'hypertrophie de la rate, l'accélération du pouls malgré l'absence de fièvre (Muller), des modifications du caractère versant dans l'hypocondrie, l'indifférence. Enfin du côté des urines une augmentation et une diminution de l'urée, des chlorures.

De tout ceci, nous retiendrons trois caractères fondamentaux : la *symétrie*, la *forme diffuse*, les *localisations spéciales*, qui associées doivent faire porter le diagnostic d'adéno-lipomatose.

## CHAPITRE III

## PATHOGÉNIE. DIAGNOSTIC

Nombreuses sont les théories émises pour expliquer la nature de cette singulière maladie.

Nous ne citerons que pour mémoire celles de Madelung qui la croyait en rapport avec une affection du corps thyroïde; de Grosch qui avait imaginé la théorie des glandes cutanées.

Une hypothèse qui a eu beaucoup plus de partisans est celle qui faisait dépendre l'origine des tumeurs du système nerveux et l'on citait des cas d'adéno-lipomatose coïncidant soit avec une sciatique (M. Bucquoy), le tabes (Bouju, Madelung), la paralysie générale (Targowla). A l'heure actuelle une nouvelle théorie, qui semble devoir détrôner la précédente, est celle de l'origine ganglionnaire de la maladie. Elle a été proposée et étayée de nombreuses preuves par MM. Launois et Bensaude, dans un mémoire présenté en avril 1888 à la Société médicale des hôpitaux.

M. le professeur Hayem qui, dès 1857, considérait son malade comme atteint de lymphadénie ganglionnaire à forme lipomateuse, est revenu sur son opinion et, dans la clinique de l'Hôpital Saint-Antoine (Masson, 1900) il donne un résumé du travail de MM. Launois et Bensaude. Ces derniers convaincus de l'origine ganglionnairé proposent

d'admettre une dégénérescence primitive et totale des ganglions lymphatiques ou mieux une adénite primitive avec périadénite graisseuse secondaire. Nous ne pouvons que renvoyer à leur travail.

Quoiqu'il en soit de sa nature, ces auteurs, se basant surtout sur l'évolution clinique, soutiennent qu'il faut différencier l'adéno-lipomatose de la lymphadénie.

Il importe également de ne pas la confondre avec les lipomes congénitaux, diffus, eux aussi, mais apparaissant dans le jeune âge, avec les lipomes vrais, souvent multiples et à peu près symétriques, mais toujours circonscrits et parfaitement encapsulés. Le bourrelet graisseux sous-mentonnier de l'obésité pourrait à la rigueur donner le change, mais il est beaucoup plus diffus, d'une consistance uniforme, sans tuméfactions plus particulièrement fermes et apparentes.

On évitera la confusion avec les pseudo-lipomes que Verneuil et Potain ont décris chez les arthritiques : Le sexe du sujet, qui est presque toujours une femme, leur siège initial dans les régions sus-claviculaires, la coexistence possible d'œdème sous-cutané, celle plus fréquente de manifestations arthritiques ou rhumatismales, permettront d'éviter l'erreur. Un diagnostic plus délicat est à faire avec l'adéno-lymphocèle, se présentant sous forme de tuméfactions symétriques, indolentes, molles, renfermant des noyaux mal isolés et indurés; en plus de ces caractères communs à l'adéno-lipomatose, il faut citer des variations plus ou moins rapides de volume.

Mais l'adéno-lymphocèle n'a jamais été observé à la nuque, ni en dehors des sphères ganglionnaires habituel-

les. Enfin, il importe de différencier l'adéno-lipomatose du lymphadénome : celui-ci sera reconnu à la consistance des tumeurs, aux douleurs, aux troubles fonctionnels et généraux qu'elles occasionnent ; à leur marche envahissante, à leur récidive constante après ablation ; enfin à la terminaison fatale, qui ne se fait pas attendre plus de deux ou trois ans.

## CHAPITRE IV

## MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. PRONOSTIC

C'est ordinairement au milieu de la santé la plus parfaite que débute la maladie. Un beau matin le patient s'aperçoit de la présence d'une grosseur rétro-mastoïdienne bientôt suivie d'une deuxième symétriquement placée (Cas de Péan). D'autres fois les tumeurs initiales apparaissent dans la « fosse carotidienne » (Cas de Langer). Mais il peut arriver que le début soit encore plus insidieux, nous voulons dire qu'alors le malade n'est pas le premier à se rendre compte de son infirmité et un jour on lui fait remarquer que son cou prend des porportions anormales. Le début se fait donc indépendamment de toute altération de la santé générale et les faits dans lesquels celle-ci est déjà atteinte (tabès, sciatique, paralysie générale) paraissent constituer des exceptions, en tous cas de simples coïncidences, sans relation de cause à effet.

Si l'affection se cantonne à la région cervicale, les autres tumeurs apparaissent à intervalles variables et indéterminés. Dans le cas de Péan, ce laps de temps fut si court qu'on peut dire qu'elles naquirent toutes en même temps. Chez le malade du professeur Demons, au contraire, ce n'est que trois ou quatre ans après l'appa-

rition d'une masse lipomateuse primitive que se développèrent d'autres tumeurs analogues. Autant de diversité dans leur mode d'accroissement : Là, il se fait par à coups, ici d'une façon progressive. Tantôt en un an leur volume maximum est atteint, ailleurs la grosseur initiale peut rester des années à l'état torpide.

Un point bien établi consiste en des alternatives d'augmentation et de diminution de volume. Chez notre malade l'augmentation se produisait, quand il fatiguait un peu, surtout à droite, ce qu'il attribuait à l'usage plus considérable qu'il faisait du membre supérieur correspondant.

On n'a jamais vu aller jusqu'à la disparition complète, les diminutions de volume, observées en dehors de tout traitement médical, quelquefois après une intervention opératoire partielle (Sick).

Le plus souvent, après avoir acquis un certain développement, les tumeurs paraissent rester stationnaires et peuvent persister indéfiniment; ailleurs le malade est emporté par une maladie intercurrente.

Le pronostic en serait donc absolument bénin, si une grave complication, d'ailleurs indépendante de la nature de la tumeur, ne menaçait l'avenir du malade : nous avons nommé la compression de la trachée et les conséquences redoutables qui en résultent. Celles-ci sont néanmoins atténuées par la possibilité d'une intervention chirurgicale et ce fait très important que les tumeurs enlevées ne récidivent pas.

## CHAPITRE V

## TRAITEMENT

Si l'on a vu les adéno-lipomes diminuer de volume, jamais on n'a observé leur disparition complète. Aussi l'expectative ne doit-elle constituer qu'une exception et dans la majorité des cas, il faut intervenir. Nous allons donc examiner successivement les diverses méthodes de traitement qui ont été mises en usage. Elles sont de deux ordres :

1° Médicales ; 2° Chirurgicales.

### Traitement médical.

Les médications employées sont nombreuses, ce qui dès maintenant fait mal préjuger de leur efficacité. Nous citerons en premier lieu les injections interstitielles d'alcool absolu (Muller), de solutions arsénicales (Obs. XXIII), essayées d'ailleurs sans aucun succès. Les pommades fondantes, mercurielles et autres, n'ont pas donné de résultats plus appréciables.

De même, les préparations iodurées et arsénicales prises à l'intérieur. Et cependant dans l'observation du professeur Demons, on voit que l'iodure de potassium et l'arsenic ont été longuement administrés ; les doses absorbées ont même atteint pour la liqueur de Fowler, le chiffre considérable

de XXV gouttes par jour. Ces insuccès constants de l'emploi de la médication arsénicale, dont on s'est parfois bien trouvé dans la lymphadénie et dans toutes les manifestations de la diathèse dite lymphogène (leucémie ou leucocythémie, adénie), ne doivent pas surprendre outre mesure si l'on admet une distinction complète entre l'adéno-lipomatose et les maladies précédentes.

Nous devons signaler chez le malade de Von Ehrenwall une très notable régression des tumeurs, ainsi que le rétablissement d'une santé parfaite, par le régime, la vie au grand air, le renoncement à ses habitudes alcooliques ainsi qu'à son métier de brasseur.

Deux autres méthodes : l'électrothérapie et la médication thyroïdienne nous arrêteront davantage. Cette dernière notamment a joui d'une assez grande vogue, ces dernières années. C'est par elle que nous commencerons.

Le corps thyroïde est appliqué cliniquement dans toutes les maladies mêmes du corps thyroïde et, dans d'autres cas, à titre d'excitant de la nutrition, notamment dans l'obésité ; c'est accessoirement qu'on a été conduit à l'administrer dans la maladie qui nous occupe. On pensait ainsi obtenir la disparition des masses lipomateuses. Or, si la médication thyroïdienne est spécifique du myxœdème, donne des succès relatifs dans le traitement du goître et du crétinisme, elle est assez contestable dans l'obésité. (Gilbert et Carnot, l'*Opothérapie*). Voyons comment elle s'est comportée dans l'adéno-lipomatose.

J. Levai l'a institué vainement et cela deux mois de suite sans obtenir la moindre amélioration.

De l'aveu de M. le Dr Bensaude, les succès en seraient relatifs.

Mais c'est à M. le professeur Hayem qu'elle paraît avoir donné les meilleurs résultats.

Après quelques jours de traitement par les capsules de corps thyroïde, on observa une diminution notable des tumeurs, celle de la cyanose et la gêne respiratoire. Il était intéressant de savoir comment ce médicament s'était comporté par la suite. Or nous avons appris de l'entourage du malade, qu'il a été administré quinze mois de suite environ, sans nouveau bénéfice. Quelque temps plus tard le malade, dont la trachée était toujours manifestement comprimée (dyspnée, cyanose, cornage pendant le sommeil) était emporté dans un accès de suffocation. Nous ne discuterons pas si l'amélioration observée au début était véritablement le fait de la médication, où si elle a été liée à la diminution spontanée des tumeurs, comme on en observe des cas (Obs. VIII). Nous conclurons simplement en disant que jusqu'à ce jour, le corps thyroïde ne paraît pas avoir fait suffisamment ses preuves et ne doit être considéré par conséquent que comme un médicament d'attente.

L'application de l'électrothérapie au traitement des tumeurs lipomateuses est le fait du hasard.

Les circonstances dans lesquelles le Dr Onimus fut amené à reconnaître son utilité sont ramenées dans la thèse de Darbez (1868).

Il s'agit d'un malade qui s'était fracturé l'humérus au niveau de la gouttière du nerf radial. Paralysie complète du bras ;

perte de la sensibilité de l'avant-bras. Le malade présente, en outre, en plusieurs endroits, des tumeurs petites, indolentes, glissant sous le doigt et de formes diverses, elles datent de 10 ans.

On décide d'électriser les membres malades pour essayer de réveiller leurs fonctions. Après une vingtaine de séances, les mouvements reparaissent ; au bout de 10 mois, les fonctions musculaires sont rétablies. Mais, fait remarquable, les tumeurs qui existent ont *complètement disparu* ; il n'en reste plus trace, alors qu'on n'avait jamais songé à agir sur elles.

« Nous appliquions toujours un des pôles positifs dans l'aisselle, sur le plexus brachial et le pôle négatif sur la main ou sur le trajet des nerfs de l'avant-bras.

Nous employions des courants continus de 30 à 40 éléments Remack. Il n'y a eu ni cautérisation de ces tumeurs, ni aucune action électrolytique » (1).

Au bras gauche, 10 tumeurs placées à peu près symétriquement à celles du bras droit. « Des petites tumeurs du même genre se trouvent encore à la cuisse au niveau du triangle de Scarpa. Il en existe deux à gauche et une à droite, peu volumineuses et placées également symétriquement. On n'en trouve point sur d'autres parties du corps. Le malade ne se trouvant nullement gêné par ces tumeurs et n'en éprouvant aucune souffrance, ne tenait guère à les faire disparaître. Cependant, persuadé de se laisser électriser, les tumeurs finirent par diminuer, quelques-unes ont aujourd'hui disparu après une trentaine de séances.

Dès les premières, les tumeurs dures, bosselées, ont com-

1. Onimus, *loc. cit.*

mencé à se ramollir et à se subdiviser en un plus grand nombre de petits lobules. La tumeur la plus volumineuse qui ne formait qu'une seule masse, offrit l'aspect de la réunion de plusieurs petites tumeurs de formes irrégulières, mais que l'on pouvait très bien séparer les unes des autres. Quelques temps après, les tumeurs prirent une consistance très molle et donnèrent un peu la sensation de la fluctuation. Aujourd'hui, des dix tumeurs, il n'en existe plus que cinq, et celles-ci ont diminué considérablement. Plusieurs médecins ont vu ce malade, et je puis le présenter à toutes les personnes qui désireraient se rendre compte de ces faits. L'examen microscopique de ces tumeurs, dont on s'était procuré des fragments avec le harpon de Duchenne, nous a démontré l'existence de grandes cellules adipeuses avec une trame fibreuse fort épaisse. Ces cellules ressemblent aux cellules adipeuses du tissu sous-dermique ».

Nous n'avons pu résister au désir de reproduire une observation aussi probante. Les résultats en sont catégoriques puisque la régression des tumeurs est allé jusqu'à la disparition complète ; de plus il ne paraît pas y avoir de méprise possible, car il ne s'agissait probablement pas d'adéno-lipomatose et nous ne sachons pas que la marche pourtant lente et parfois stationnaire des lipomes circonscrits ait jamais rétrocédé.

L'électricité aurait donc, d'après ce qui précède, le pouvoir de provoquer la résorption du tissu graisseux et nous ne voyons pas pourquoi cette action ne serait pas utilisable dans l'adéno-lipomatose où les néoformations adipeuses, par la gêne et la difformité qu'elles occasion-

nent, constituent le plus souvent toute la maladie. Il est même curieux que les expériences cliniques touchant ce procédé ne soient pas plus nombreuses et en dehors du cas du Dr Onimus nous ne connaissons guère que celui de M. le professeur Potain. Il s'agissait d'une malade porteuse de tuméfactions sus-claviculaires. Ici encore, on vit sous l'influence des courants continus les masses lipomateuses disparaître presque à vue d'œil (1). Il serait donc désirable que des observations de ce genre vinssent confirmer l'efficacité d'une telle méthode. Pour ce qui nous concerne, vu l'excellence des résultats, l'innocuité absolue et la simplicité de ce traitement, nous n'hésiterions pas à l'occasion, à l'appliquer aux adéno-lipomes. Mais nous nous hâtons d'ajouter, qu'en présence d'un insuccès il serait préférable de ne pas s'obstiner et de recourir alors à des moyens plus énergiques. Ceci nous conduit à parler du :

### Traitement chirurgical.

Il consiste dans l'extirpation partielle ou totale des tumeurs. Mais avant d'essayer d'en préciser les indications, nous devons dire quelques mots de l'opération elle-même.

S'il existe une étroite ressemblance, au point de vue histologique, entre le lipome vulgaire, circonscrit et l'adénolipome, leur ablation présente une physionomie très différente. Autant elle est aisée, rapide dans le premier

1. Dieu. Thèse Paris, 1895.

cas, autant dans le second, elle est longue, difficile, fertile en incidents plus ou moins inattendus.

Ce pronostic opératoire, quelque peu sombre résulte des deux conditions suivantes : a) L'hémorrhagie, b) la diffusion de la tumeur.

a) *Hémorrhagie.* — Les auteurs en signalent souvent l'abondance. Bien entendu, nous ne faisons pas allusion ici à celle qui résulte de l'ouverture de vaisseaux primordiaux profonds et dont la blessure constitue une grave complication sur laquelle nous reviendrons ultérieurement. Nous n'aurons en vue pour l'instant que l'hémorrhagie liée à la seule vascularisation de la tumeur et aussi à la section des rameaux sanguins qui l'avoisinent. L'on sait en effet, que les lipomes profonds s'enfoncent en suivant généralement les vaisseaux et les nerfs : dans les points, somme toute, où ils rencontrent le moins de résistance.

La vascularisation des adéno-lipomes, et les hémorrhagies gênantes qui en sont la conséquence ne sont pas d'ailleurs particulières à ces tumeurs. L'une et l'autre ont été signalées dans le cas de lipomes non diffus et même parfaitement encapsulés. C'est ainsi que M. Quénu a extirpé en 1887, à un enfant de deux ans, un lipome occupant l'aisselle et la racine du bras : « J'ai pu, dit ce chirurgien, décoller facilement les différents lobes et lobules de l'aponévrose, mais non sans placer nombre de pinces à forcipressure... la tumeur, isolée, restait encore adhérente par une sorte de pédicule vasculaire ; à ce niveau une grosse artère qui semblait la continuation de l'axillaire s'enfonçait dans la tumeur. On la sectionna entre deux pinces. En somme l'extirpation fut assez laborieuse et

nécessita l'application de 20 à 25 pinces, la ligature de grosses veines et d'artères. Il est remarquable, ajoute-t-il, que ces tumeurs soient si riches en vaisseaux », et il cite M. Périer qui dans deux cas de lipomes chez l'enfant avait été frappé de leur vascularisation et avait dû lier un très grand nombre de vaisseaux.

Pas très marquée chez notre malade, l'hémorrhagie fut considérable, dans les cas de Sick, de Demons, de Péan, de Legueu (Tèse de Tapie 1899). Néanmoins la forcipressure et les ligatures en viennent facilement à bout.

*b*) *Diffusion de la tumeur.* — Elle constitue un des caractères de l'adéno-lipomatose, sans cependant lui être particulière, et l'on observe des lipomes diffus qui n'ont rien à voir avec l'affection présente. Dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, cette diffusion peut être très grande. Non seulement les tumeurs, dépourvues de capsules, sont étalées sous la peau, mais elles envoient des prolongements qui peuvent pénétrer très loin dans la profondeur.

Le cas suivant de Darbez, mérite d'être signalé, quoiqu'il ne se rapporte probablement pas à l'adéno- lipomatose.

Il s'agit d'une tumeur médiane du dos, qui, partie de la région cervicale s'étale entre les deux épaules et retombe sur la région lombaire.

Dans le cours de l'opération, on note « un tissu graisseux très abondant, qui s'étalant sous les muscles voisins se prolonge au milieu de ceux de la couche profonde ».

Grâce à une dissection minutieuse l'on peut voir « des

masses graisseuses pénétrer dans les interstices des muscles de cette région et même entre les apophyses transverses de la colonne vertébrale.

Pour les adéno-lipomes cette diffusion n'est pas moins considérable. Elle est signalée par tous les opérateurs. Les prolongements adipeux, s'insinuent au loin dans les parties profondes, dissociant les aponèvroses, pénétrant les interstices musculaires et englobant finalement nerfs et vaisseaux. A un degré extrême, M. le professeur Le Dentu, les a vues circonscrire la trachée et l'œsophage.

Bien prévenu de cette disposition on ne s'en laissera pas imposer par la mobilité trompeuse de certaines tumeurs qui paraissent alors libres de toute connexion. Dans un cas de ce genre, Lisfranc a trouvé que l'adhérence aux tissus voisins était intime (Obs. II bis).

Les considérations précédentes ont trait aux adéno-lipomes du cou. Nul doute qu'elles soient applicables à ceux des autres régions (aisselles, aines etc.). Ainsi Langer (Obs. XII) opérant un adéno-lipome du pubis, vit celui-ci envoyer des prolongements dans le canal inguinal, le scrotum et jusque dans le périné.

On ne s'étonnera donc point que dans de semblables conditions la blessure d'organes plus ou moins importants ne doivent pas constituer des faits exceptionnels. C'est ainsi que nous avons pu relever l'ouverture de la veine jugulaire interne (obs. XI), celle d'une jugulaire interne et des deux jugulaires externes (obs. VII *bis*). Enfin, dans un un autre ordre d'idées et pour compléter la liste des ennuis auxquels on peut s'attendre nous citerons la gangrène post-opératoire des téguments et un cas d'hé-

morrhagie secondaire (obs. XII). Chez notre malade, l'ablation a été suivie d'une fistule de la parotide aujourd'hui tarie complètement et d'une paralysie de la moitié droite de l'orbiculaire buccal, qui s'est beaucoup amélio-rée. D'ailleurs les cas précédents se sont tous terminés par la guérison.

Ainsi donc, et jusqu'à plus ample informé, l'intervention chirurgicale, malgré les difficultés qu'elle peut présenter, doit être considérée comme le traitement de choix, de l'adéno-lipomatose.

Mais amené à en préciser les indications, nous éprouvons un embarras bien légitime, étant donné notre manque absolu d'expérience, et nous nous en excusons ici. Toutefois, nous allons essayer d'exposer les réflexions que nous a suggérées la lecture des observations par nous consultées, de voir dans quels cas une opération, doit être proposée hardiment, dans quels autres au contraire, on doit se montrer plus circonspect.

D'une façon générale nous croyons qu'il faut respecter les tumeurs ailleurs qu'à la région cervicale : les avantages qu'en retirerait le malade ne compenseraient pas les péripéties de l'intervention, sauf le cas de gêne extrême. D'ailleurs c'est presque toujours pour les adénolipomes du cou que le chirurgien est prié de faire quelque chose, soit que leur volume rende les mouvements de la tête impossibles, soit qu'ils deviennent insupportables pour des raisons d'ordre esthétique ou d'intérêt privé.

En 1863, M. Foucher refuse d'opérer son malade, malgré la volonté de ce dernier, qui porteur d'adéno-

lipomes multiples, désirait être débarrassé de ceux siégeant à la nuque.

Il pense que l'absence de toute gêne contr'indique toute opération et n'interviendrait que dans le cas de gêne respiratoire.

Aujourd'hui, étant donné la bénignité des suites opératoires depuis l'avènement de l'antisepsie, l'absence de gêne ne nous apparaît plus comme une contre-indication suffisante et doit être primé par le désir du malade. D'un autre côté, si celui-ci porteur d'un collier lipomateux développé vient consulter parce qu'il se croit porteur de quelque tumeur maligne au sens histologique du mot, nous laissons au chirurgien le soin de mettre en balance des dangers possibles de compression ultérieure et les ennuis de l'intervention.

Pour notre part, et dans un cas pareil, nous tenterions pas de l'imposer à un malade pusillanime, qui se refuserait à être débarrassé de tumeurs dont on lui aurait révélé la nature bénigne; tout en lui faisant part de nos craintes pour l'avenir. Nous nous contenterions de surveiller le fonctionnement des premières voies respiratoires et de dépister les premiers signes de compression possible de la trachée. A ce moment l'opération ne présenterait guère plus de difficultés qu'à l'heure actuelle. On pourrait aussi administrer le corps thyroïde comme palliatif. Il va sans dire qu'en présence d'un vieillard cette ligne de conduite serait bien plus justifiée, car il faut regarder l'âge avancé comme une contre-indication en général. De même, si les tumeurs sont surtout développées à la nuque et peu marquées à la région antérieure.

Mais il faut bien spécifier que nous avons pris le cas presque exceptionnel, d'un adulte, qui redoute l'opération et dont les tumeurs ont déjà acquis un certain développement.

Ordinairement les choses ne se passent pas ainsi et c'est un homme dans toute la force de l'âge qui vient réclamer lui-même l'intervention. Pour préciser, prenons le cas frèquent d'un malade porteur d'un collier lipomateux et de tumeurs à la nuque.

Que faut-il faire? Nous nous contenterons de citer la conduite des auteurs en pareille occurence. En général, on n'a fait que des opérations partielles, portant de préférence sur les tumeurs de la nuque (Albert Mouchet, Mac Cormac, Clutton), nécessitant parfois plusieurs séances (Laskarides), ce qui suffit d'ailleurs à obtenir parfois un résultat très satisfaisant (Mac Cormac). Péan a enlevé la moitié du collier cervico-facial.

M. le professeur Demons (de Bordeaux), a attaqué à la fois les tumeurs de la nuque et le collier lipomateux; à contre-cœur, cependant, car il prévoyait plusieurs opérations successives.

Une première tentative porte donc sur la partie inférieure de la tumeur antérieure du cou. Elle est extirpée partiellement (ligatures nombreuses). Quinze jours plus tard, c'est le tour des tumeurs de la nuque; ici encore extirpation incomplète.

On taille en plein néoplasme; plus tard, on revient encore sur la tumeur antérieure dont on enlève encore une partie. Cependant, malgré le désir du malade, M. Demons refuse d'intervenir à nouveau, persuadé, dit-il, de

ne pas pouvoir obtenir une extirpation même approximative et craignant la lésion des vaisseaux et des nerfs importants de la région. La tuméfaction de la partie antérieure du cou a augmenté; néanmoins, le malade semble avoir retiré un certain bénéfice de l'opération, puisqu'à la nuque, elles sont restées en l'état.

Le poids du corps est plus considérable; l'aspect du visage est même meilleur, donc ici intervention incomplète. Il faut dire qu'il s'agissait de tumeurs particulièrement volumineuses. Dans les cas moins accentués, comme celui de notre malade, on arrivera à des résultats bien plus satisfaisants.

Dans une autre hypothèse, si l'on peut porter de bonne heure le diagnostic d'adéno-lipomatose, en présence de tumeurs apparues presque simultanément, d'une façon symétrique dans les lieux d'élection de cette affection, nous estimons qu'il y a lieu de peser dans la décision du malade et de proposer nettement l'intervention : on empêchera ainsi la production d'une difformité sérieuse, on supprimera la possibilité d'une compression de la trachée; enfin, on s'évitera à soi-même, des difficultés opératoires qui croissent d'autant plus qu'on temporise davantage.

Pour terminer, nous tirerons une dernière indication, celle-ci formelle, de la compression des voies respiratoires. Elle est d'un grave pronostic si l'on n'intervient pas. Chez le malade de Hayem, elle a déterminé la mort.

Mais les phénomènes inquiétants de dysphagie, de dyspnée et de suffocation nocturne disparurent chez le malade de Bryck après l'opération. De même, l'on vit cesser la gêne respiratoire chez le patient de Madelung,

qui étouffait littéralement dans sa graisse. Il est de toute évidence que les conditions seront d'autant meilleures qu'on aura moins attendu.

## CONCLUSIONS

1° Le traitement chirurgical est, à l'heure actuelle, le traitement de choix de l'adéno-lipomatose.

2° Il ne portera, en général, que sur les tumeurs de la cervicale. Les résultats seront d'autant meilleurs que celles-ci seront moins nombreuses et moins développées.

3° Opérer les malades qui réclament l'opération, pour des raisons d'esthétique, d'intérêt privé, etc.

4° S'abstenir, en l'absence de tout accident, chez les malades pusillanimes.

5° Il y a grand intérêt pour le malade et le chirurgien à intervenir au début.

6° En présence de signes de compression l'indication est formelle. C'est la seule chance de salut pour le patient.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

Personnelle, prise dans le service de M. le Professeur Le Dentu pendant l'intérim de M. le Dr Mauclaire.

Le nomme Nut... F., fumiste, entre à Necker le 4 octobre 1900 pour une tumeur diffuse de la région cervicale.

Il ne se souvient pas qu'on ait jamais rien observé de semblable dans sa famille. Ses enfants sont également bien portants, ne présentent rien d'anormal et lui-même avait joui jusqu'ici d'une santé parfaite. L'affection a débuté en 1897 par une tumeur médiane qui augmenta insensiblement jusqu'à acquérir le volume d'une mandarine, puis resta stationnaire pendant 18 mois environ. Alors, commencèrent à apparaitre presque au même moment deux tuméfactions symétriquement placées dans les régions auriculo-mastoïdiennes, tuméfactions qui, elles aussi, restèrent stationnaires, puis augmentèrent rapidement de volume pour acquérir en 7 mois environ leurs dimensions actuelles.

Le malade se présente à nous avec une physionomie bien spéciale. La figure est entourée d'un bourrelet considérable, formé par un repli cutané, qui s'étend d'une oreille à l'autre en passant sous le menton.

A ce niveau, il est large de quatre doigts environ et descend jusqu'à l'articulation, des deux premières pièces du sternum.

La palpation de cette tuméfaction y révèle des inégalités de consistance. Celle-ci est plus ferme à la partie antérieure et médiane du cou, plus ferme aussi dans les régions auriculo-mastoïdiennes où sont apparues d'abord des tumeurs. En faisant glisser à ce niveau la peau sur les masses sous jacentes, on perçoit nettement une lobulation.

Ces masses allongées de haut en bas, le long du bord inférieur du maxillaire inférieur sont mal délimitées et se perdent insensiblement dans un tissu plus mou, qui sert de trait d'union entre elles et la tumeur médiane. Ce tissu intermédiaire est beaucoup moins résistant ; il offre même la sensation d'une fausse fluctuation.

Sur toutes ces masses là peau est mobile et peut être plissée facilement ; mais les tumeurs paraisssent se déplacer moins facilement sur le plan profond, quoique on puisse les mobiliser dans une certaine mesure.

L'inspection méthodique du malade nous a permis de sentir dans la paroi antérieure de l'aisselle une petite masse de la grosseur d'une noisette, roulant facilement sous le doigt, dépourvue de lobulation, et qui, pour ces motifs, nous a paru être de nature ganglionnaire. Nous n'avons rien trouvé dans les autres régions, (cervicale postérieure, deltoïdienne, pectorale, inguinales), qui sont le siège habituel des néo-formations.

L'état général est excellent, nous n'avons relevé ni troubles de la sensibilité, ni altération des réflexes, ni douleur sciatique, ni embarras de la parole ; la rate n'est pas grosse. La force musculaire est intacte et le caractère n'a pas varié d'hu

meur. Cependant le malade tousse le matin et rend des glaires, de plus ses artères paraissent indurées. Il faut dire qu'il boit volontiers, surtout du vin, eu égard à sa profession, nous dit-il.

Par contre, il n'éprouve aucune gêne ni dans la déglutition, ni dans la respiration, et s'il réclame les secours de la chirurgie, c'est pour se débarrasser d'une infirmité qui le rend difforme.

En présence de la symétrie, de la diffusion et de la localisation des lésions, on porte le diagnostic d'adéno-lipomatose et l'opération est pratiquée le 9 octobre, par M. le Dr Mauclaire.

Anesthésie au chloroforme et antisepsie de la région. Une incision est conduite sur la tumeur de la région rétro-auriculaire droite jusque vers la ligne médiane On tombe sur du tissu graisseux analogue au tissu adipeux normal.

Celui-ci est enlevé par morcellement étant donné son adhérence aux parties voisines ; C'est, dit M. Mauclaire, une véritable dissection. Néanmoins il réussit à enlever une masse unique de la grosseur du poing d'un enfant. Au cours de l'opération on remarque que les parties superficielles envoient des prolongements dans la profondenr ; en voulant les poursuivre on arrive sur les vaisseaux profonds du cou.

L'incision précédente recourbée verticalement met à nu la tumeur médiane et on extirpe plus ou moins laborieusement une nouvelle masse, qui, fait important, envoyait un prolongement rétro-sternal. La tumeur de gauche est attaquée pa reillement. On suture. Drainage et pansement iodoformé L'hémorrhagie n'a rien présenté de remarquable.

Deux jours après l'opération, le malade nous fait remarquer

qu'il éprouve une certaine gêne à parler. Nous constatons que la commissure buccale du côté droit est tombante.

Le malade ne peut siffler. C'est une paralysie de l'orbiculaire droit dûe très probablement à la section d'un rameau du facial, de plus, il s'établit une fistule de la parotide, aujourd'hui tarie. La paralysie de l'orbiculaire s'est elle-même beaucoup améliorée, et le malade guéri est envoyé à Vincennes.

En résumé le résultat opératoire est excellent et le malade s'en montre très satisfait.

M. le Dr Petit, chef du laboratoire d'histologie des cliniques de M. le professeur Le Dentu, a bien voulu examiner, les masses enlevées ainsi que des ganglions lymphatiques voisins. Nous l'en remercions ici vivement.

Voici la note qu'il a bien voulu nous communiquer : « L'examen histologique a porté sur les masses graisseuses et sur cinq fragments, tous prélevés sur des ganglions différents qui avaient été extirpés au cours de l'opération.

Les cellules adipeuses se présentent dans les mêmes conditions que n'importe quelles autres cellules analogues ; elles offrent notamment une grande analogie avec le lard de baleine.

Les ganglions lymphatiques, bien que légèrement hypertrophiés ne présentent pas de modifications structurales. Tous les traits de l'architecture habituelle sont conservés. La différenciation en substance corticale et en centres germinatifs est parfaitement nette. Les cariokinèses y sont en proportion et de constitution normale.

## OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Dr Petit, chef du laboratoire d'histologie des cliniques de M. le professeur Le Dentu.

Charles M., manouvrier, a présenté de l'adéno-lipomatose dès 1885 ; elle a débuté par deux tumeurs apparues presque simultanément dans les régions rétro-mastoïdiennes, et ayant envahi peu à peu la région antérieure du cou.

Il entre à Necker en 1892 pour une cirrhose alcoolique.

Cinq ponctions sont pratiquées. Etat très grave. Néanmoins le malade se tire d'affaire. Fait intéressant : en même temps que l'amaigrissement était très accusé, la lipomatose diminuait sensiblement de volume, pour s'accroître légèrement pendant que le retour à l'état normal s'effectuait.

Les deux masses rétro-mastoïdiennes prenaient un développement tel, que le malade se les faisait extirper. On n'a jamais touché à la masse lipomateuse cervicale. Actuellement elle entre en régression, d'une façon peu considérable il est vrai, mais manifeste.

## OBSERVATION II (bis) (Résumé).

Lisfranc. *Gazette des hôpitaux*, 14 septembre, 1844.

Lipome de la grosseur du poing occupant la ligne médiane de la nuque. Mobilité trompeuse. La dissection commencée avec le bistouri a été achevée à grands coups de ciseaux courbes. D'adhérence de la tumeur aux parties voisines était extrême.

OBSERVATION III (Résumé).

Foucher. *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 485).

Homme, âgé de 38 ans, couché au n° 64 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, est entré à l'hôpital pour des tumeurs de la région cervicale postérieure dont il désirait être débarrassé.... Le malade porte quatre lipomes à la région cervicale postérieure, une aux régions sous-hyoïdiennes, de chaque côté du corps thyroïde, deux à la région épigastrique symétriquement placés à droite et à gauche de la ligne médiane. En arrière, deux petits lipomes sont situés à la région lombaire... deux autres à l'union de la région lombaire et de la région sacrée. Les tumeurs les plus volumineuses qui existent sont celles de la région épigastrique, elles ont le volume du poing.

.... Les lipomes du cou sont cutanés, ainsi que les lipomes précédents, et ceux des régions lombaires et sacrées. Seuls, les lipomes de la région sous-hyoïdienne sont profonds. Difficiles à circonscrire par la palpation, ils semblent nés au-dessous de l'aponévrose cervicale superficielle...

M. Foucher, en présence de cette maladie et malgré les observations du malade, qui désire se faire opérer des tumeurs qui siègent à la nuque, ne croit pas qu'il faille opérer ces tumeurs dans l'état où elles sont. L'absence de toute gêne contre-indique toute opération. Les seules tumeurs qu'il faudrait enlever, si elles augmentaient notablement, seraient les lipomes de la région sous-hyoïdienne et ceux de la région cervicale postérieure. Encore ne serait-il opportun d'agir que

dans le cas d'une gêne de la respiration et des mouvements de la tête, qui n'existe pas aujourd'hui.

## OBSERVATION IV

Péan. *Leçons de clinique chirurgicale*, tome IX p. 1080.

C... Jean, employé de commerce, 39 ans, entré le 24 juillet 1889, salle Nélaton. Pas d'antécédents. Il y a trois ans, la partie postérieure du cou devint volumineuse et en même temps un énorme repli de la région sus-hyoïdienne, vint former triple menton. Actuellement, à la partie postérieure du cou et sur les parties latérales de cette région, on trouve deux énormes tumeurs, molles, adhérentes à la peau et aux plans profonds. Elles se terminent en avant derrière l'oreille, couvrant l'apophyse mastoïde. Elles envoient un petit prolongement sur les parties latérales du cou, prolongement bien visible, lorsqu'on fait incliner la tête. En avant, il existe une énorme masse qui occupe la partie antérieure du cou. Le tour du cou mesure 59 centimètres des deux côtés, au devant des oreilles couvrant l'articulation temporo-maxillaire, on trouve deux petites tumeurs ayant les mêmes caractères. Pas de gêne dans les mouvements, ou dans la respiration.

Gêne légère de la parole. Etat général bon.

Le 27 juillet. — Incision, ablation de masses graisseuses énormes. Réunion par première intention. Les autres masses seront enlevées plus tard.

## OBSERVATION V

Laskarides. *Thèse de Strasbourg*, 1878, obs. 9, p. 20. (Résumé).

Enorme collier lipomateux, séparé en avant du maxillaire inférieur par un sillon. En avant sur la ligne médiane, la masse lipomateuse mesure 5 cent. 1/2 de hauteur au niveau de la 1re et de la 2e vertèbre dorsale et de chaque côté de la colonne vertébrale, deux lipomes symétriques du volume d'un œuf de poule ; un autre au niveau de la fosse jugulaire.

Les tumeurs ne causent pour ainsi dire aucun trouble fonctionnel. A la demande du malade cependant, le professeur Lücke se décide à l'opérer et enlève en 2 séances une partie de la tumeur cervicale. Le malade promet de se faire opérer une troisième fois.

## OBSERVATION VI (Résumé).

Mac Cormac. *St-Thomas's Hospital Reports*, 1884, vol. XIII p. 288, obs. n° 1. (Résumé).

W. G., boucher, âgé de 42 ans. Quatre tuméfactions lipomateuses situées à la face postérieure du cou, séparées par deux sillons perpendiculaires en forme de croix. La consistance des deux tumefactions supérieures est plus ferme que celle des inférieures.

D'autres tumeurs graisseuses se trouvent sous le menton, dans les régions parotidiennes, au creux sus-sternal, au sommet de l'épaule droite et au milieu du dos.

L'aspect difforme que les tumeurs confèrent au malade,

l'empêche d'obtenir un emploi et de gagner sa vie. Aussi réclame-t-il à en être débarrassé. On extirpe les deux tumeurs de la nuque. Le résultat obtenu est très satisfaisant, comme le montre une figure jointe au travail de Mac Cormac.

### OBSERVATION VII (Résumé)

Madelnng, *Arch. f. Klin Chirurg.*, 1888, B. XXXVII, page 106 et suiv., cas n°3. (Résumé).

H. Q..., 59, agriculteur. Pas d'alcoolisme. Collier lipomateux. Au niveau des bras, du dos, de la mamelle, il existe un nombre considérable de tumeurs graisseuses. Troubles de compression des organes du médiastin (voix, respiration, déglutition, accès de suffocation nocturne).

Le malade réclame l'ablation de ses tumeurs une première fois et parce qu'il ne pouvait plus trouver de couvre-chef usité dans les pays civilisés dont il puisse se servir. Deux ans plus tard il fut opéré de nouveau par Madelung parce qu'il étouffait littéralement dans sa graisse. La gêne respiratoire cesse après la deuxième opération.

### OBSERVATION VII (*bis*)

Payson. F. Huckins. *N.-Y. Medical Record*, 1889, p. 487. (Résumé).

Homme, manœuvre, 35 ans. Début à 29 ans. Collier cervical. Enlèvement de la tumeur en trois séances. Ouverture et ligature des deux jugulaires externes et d'une jugulaire interne.

OBSERVATION VIII (Résumé).

Bucquoy. Société médicale des hôpitaux, 17 juin 1891.

F. Alexandre, garçon de bureau, entre à l'Hôtel-Dieu, le 9 mars 1891. Le début du gonflement du cou date de 1875. Sous la mâchoire, les tumeurs forment un collier, qui simule le double menton des gens obèses. Derrière les oreilles et les apophyses mastoïdes, deux tumeurs un peu plus dures que les précédentes et du volume d'un œuf environ. A la nuque, deux autres, séparées par les apophyses épineuses des vertèbres cervicales. Sur la partie antérieure du tronc, quatre tumeurs. Sur la partie postérieure, dans la région lombaire, quatre tumeurs symétriques. Dans la partie postérieure du scrotum, deux grosses masses en bas et en arrière des testicules qu'elles refoulent vers l'anneau. Enfin à chaque bras un peu au dehors de l'aisselle deux tumeurs allongées.

Ces tumeurs ne portent pas atteinte à la santé du malade. Elles augmentent peu, restent indolores et ne constituent qu'une difformité. En 1892, les lipomes sous-maxillaires ont diminué d'une façon lente, mais continue, bien que le malade ne fasse aucun traitement. Les autres lipomes paraissent être stationnaires. Enfin l'état général du sujet est excellent.

OBSERVATION IX (Résumé).

Bryk. *Arch. f. Klin. Chir.*. 1897, t. XVII, d. 568. (Résumé).

Enorme collier lipomateux autour du cou.

Autres tumeurs lipomateuses symétriques, au niveau du

corps de l'omoplate, de l'angle de cet os, de l'avant-bras, de la région lombaire, de la ligne blanche et de la cuisse.

La tumeur du cou causant au malade de la dysphagie, de la dyspnée et dans les derniers temps des accès de suffocation nocturne, on décida d'en extirper une partie. Les symptômes de compression disparurent après l'opération.

## OBSERVATION X (Résumé).

Muller. *Arch. de Langenbeck*, V. 39, 1889, p. 652.

Carl. Dr., peintre. Volumineux collier lipomateux ; tuméfactions graisseuses à la région préauriculaire, à la région mammaire, à la paroi interne du creux axillaire, au niveau de la ligne blanche abdominale, de chaque côté de la colonne lombaire, aux aines, à la région poplitée et au-dessus des poignets. Il existe de plus une tuméfaction diffuse des cuisses, des bras et de la moitié supérieure des avant-bras.

On administre la liqueur de Fowler et on fait des injections d'alcool absolu dans les tumeurs, mais sans le moindre résultat.

## OBSERVATION XI

Langer. *Arch. für Klin. Chirurg.* décembre 1893.

M... Abraham, âgé de 45 ans, commençant à Odessa, fut soigné du 12 juin jusqu'au 16 juillet 1888, à la clinique.

Pas d'antécédents héréditaires analogues à son affection.

La malade s'était toujours bien porté, quand, il y 4 ans,

deux nodosités de la grosseur d'une noisette, commencèrent à se montrer des deux côtés dans la région carotidienne, elles n'étaient pas douloureuses, mais si mobiles que le patient pouvait les pousser sous la peau d'un côté du cou à l'autre. Au bout de quelques temps les tumeurs doivent avoir disparu.

Néanmoins, elles ne tardèrent pas à réapparaître, les plus grosses siègent sous le menton, sans trop se développer, au point que le malade ne vit en elles rien d'anormal. Dans le « Jugulum », naquit aussi une tumeur qui n'augmenta de volume que lentement. Les autres tumeurs se montrèrent il y a deux ans, derrière le pavillon des oreilles, à l'épaule droite, à la partie supérieure des bras et au tiers proximal des avant-bras. Elles ne causaient aucune gêne et même à la pression étaient peu sensibles.

*Etat actuel.* — La santé générale du malade est bonne et vigoureuse. A la face antérieure du cou existe une tumeur dont la grosseur égale presque celle d'une tête d'enfant ; de consistance molle elle est très mobile. La peau qui la recouvre est normale, non adhérente. Dans la profondeur, on sent une nodosité plus consistante. Les côtés de la tumeur sont nettement limités. Elle suit légèrement les mouvements du larynx et se prolonge vers le « Jugulum » et les fosses sus-claviculaires sous la forme d'une tuméfaction diffuse, faiblement proéminente.

Partant de la tumeur précédente et au-dessus d'elle, s'élève une masse lipomateuse sur les deux maxillaires inférieurs dans la région parotido-massétérine. Elles sont symétriques, grosses comme un poing d'enfant, hémisphériques, molles, peu mobiles. Dans le voisinage de la mamelle gauche et implantée par une large base, autre tumeur ayant la forme d'un

ovale allongé, grosse comme un poing d'enfant, molle, peu mobile. Ainsi à droite.

La partie supérieure des deux bras, ainsi que le tiers supérieur des deux avant-bras, sont augmentés de volume, sur tout leur pourtour, par une hypertrophie lipomateuse, diffuse, sous-cutanée, renfermant par endroit des masses de la grosseur d'un œuf.

La tumeur du cou est extirpée le 14 juin 1888. En essayant d'enlever les prolongements graisseux, qui s'insinuent profondément entre les aponévroses, on blesse des deux côtés la veine jugulaire interne.

Une ligature devient nécessaire et on la pose non sans difficulté, à cause du volume des tumeurs. Le patient supporte bien l'intervention et sort guéri le 16 juillet, après ablation, le 2 juillet, du lipome situé à gauche et en arrière du cou et qui avait été respecté dans la prennière séance. Ce dernier était formé de petites masses nombreuses et adhérentes entre elles.

## OBSERVATION XII

Langer, *Arch. für klin. chir.*, décembre 1893.

Jean D..., cultivateur, 36 ans, entre le 31 mars 1884. Il déclare qu'il a été bien nourri étant jeune et que, dans aucun point du corps, il n'a jamais présenté de développements graisseux anormaux.

Dans sa famille, pas d'affection analogue à la sienne; de même ses enfants ne présentent rien d'extraordinaire, quoique chez eux le pannicule adipeux soit fortement développé. Il y

a trois ans il s'aperçut de la naissance d'une grosseur derrière les oreilles; un an plus tard une autre, semblable se montra dans la région des vertèbres dorsales supérieures, ainsi que sous le menton. Il y a environ un an une tuméfaction apparut au pubis. La vie du malade était régulière; il avoue cependant qu'il consommait beaucoup de bière.

*Etat actuel.* — Le patient bien portant présente un panicule adipeux fortement développé. A la nuque, derrière les oreilles, deux tumeurs symétriques, de la grosseur d'une pomme; une autre de la grosseur du poing d'un adulte sur les premières vertèbres dorsales. Au cou, plutôt à droite tumeur analogue.

Les mamelles, où s'est accumulée la graisse, ressemblent à celles d'une femme. La tumeur du pubis est diviséee par un sillon en deux lobes, qui recouvrent la plus grande partie des organes génitaux externes.

Toutes ces tumeurs offrent la physionomie caractéristique du lipome. Elles ne causent pas la plus petite douleur et le malade réclame une opération pour des raisons purement esthétiques. Elle est pratiquée en deux séances. Dans la première on enlève seulement les tumeurs situées derrière les oreilles; elles sont partout intimement unies au tissu graisseux environnant, au point qu'il faut les exciser avec les ciseaux courbes. La perte de sang est faible, les suites opératoires bonnes, et le malade entre en convalescence le quatorzième jour.

Dans une deuxième séance, on conduit une incision à concavité supérieure sur le bord inférieur de la tumeur pubienne et l'on procéda ensuite à l'enlèvement des lobes graisseux.

Cette dernière opération ne réussit pas pleinement; ce que

l'on peut faire de mieux, ce fut de morceller la tumeur. On découvrit, fait intéressant, que celle-ci envoyait des prolongements dans le canal inguinal, le scrotum et jusque dans le périné. On s'abstint toutefois de les y poursuivre.

Les suites opératoires se compliquèrent peu d'heures après l'intervention, d'une hémorrhagie dont on se rendit facilement maître. Mais ensuite survint la gangrène de la peau du pénis, à l'exception de celle du prépuce. On observa le même phénomène, pour la peau de la racine des bourses, dont la chute laissait à nu dans la plaie les testicules et le canal déférent. Après qu'il se fut formé des granulations, on put réunir les bords de cette plaie par une suture au fil d'argent. Après quoi guérison rapide.

## OBSERVATION XIII

Le Dentu. *Clinique chirurgicale de Necker*, 1890-90. Paris, 1892.

H..., 18 ans. Raconte que depuis l'âge de 15 ans, à la suite d'une chute violente sur la tête il portait une petite grosseur à la partie inférieure du cou sur la ligne médiane. Depuis 3 ans elle a commencé à s'étendre sur le côté gauche du cou et peu à peu une tumeur symétrique s'est développée à droite, actuellement toute la face antérieure du cou est occupée par un vaste collier lipomateux qui commence à la région sus-hyoïdienne et s'étend dans les creux sus-claviculaires.

Pas d'antécédents, pas de rhumatisme.

*Opération.*—Prolongements multiples et profonds autour de la trachée, de l'œsophage, des vaisseaux.

OBSERVATION XIV (Résumé).

Ferd. Merlin. Lipome diffus du cou et de la nuque. 1 planche *in Loire médicale*, 15 décembre 1891, XX, p. 333.

Masse énorme s'étendant sous la forme d'un quadrilatère du lobule de l'oreille à la symphyse mentonnière.

Tumeurs dans les régions sus et sous-hyoïdiennes et sus-claviculaires.

*Opération* le 2 octobre, par M. Duchamp. — On constata l'extrême diffusion de la production graisseuse.

OBSERVATION XV (Résumé).

Marçais. (Thèse 1894).

C.... Jean, 45 ans. Tumeurs des régions mastoïdiennes et parotidiennes, ainsi que des parties antérieure et latérale du cou. Il en existe également aux bras, vers les omoplates et dans le creux épigastrique.

*Opération* le 5 octobre. — Le malade est endormi au chloroforme ; après avoir antiseptisé la région à opérer on pratique une incision de la peau qui s'étend de l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule. Mais bientôt on s'aperçoit que cette masse s'étend entre les muscles trapèze et sterno mastoïdien, s'étendent même à travers ces muscles. Pendant l'opération la tumeur fournit un peu de sang; vers la profondeur on voit plonger des traînées graisseuses dont l'extirpation est difficile.

La peau est suturée ; un pansement sec et compressif termine l'opération. Quant aux autres tumeurs, elles sont restées intactes, ne déterminant chez le malade aucune gêne. Quatorze jours après cette opération, le malade sort absolument guéri.

## OBSERVATION XVI

Sick. *Aertzichen Verein zù Hamburg*, 5 juin 1895, Ex *Dautsche mediz. Wochenschrifft*, 1895.

G. N., 43 ans, santé antérieure parfaite.

Tumeurs symétriques aux apophyses mastoïdes, à la nuque (médiane), sous le menton, de chaque côté du cou, aux régions scapulo-humérales, aux aines, mamelles, mont de Vénus.

Les tumeurs de la nuque gênent le patient qui en demande l'ablation.

L'opération est longue et difficile, à cause de l'intime adhérence des tumeurs à la peau et aux aponévroses et des prolongements qu'elles envoient dans les interstices musculaires. Les lobules graisseux sont beaucoup plus petits et plus riches en tissu connectif que dans les lipomes ordinaires. On est obligé de faire beaucoup de ligatures. Suture de la peau. Guérison.

## OBSERVATION XVII

Sick (*ibid.*),

A. R., 44 ans. Tumeurs au-devant des deux oreilles, à la

nuque et derrière les apophyses mastoïdes. Au cours de l'opération on vit qu'il s'agissait de lipomes, quelques-uns de consistance extrêmement dure, difficiles à séparer de la peau et de l'aponévrose.

C'est dans leur partie supérieure qu'elles sont le plus dures, là, elles crient sous le couteau.

On se vit finalement amené à pratiquer une très grande opération : il fallut disséquer deux grands lambeaux cutanés sur la nuque et les parties latérales, et extirper, par une nouvelle dissection, les masses fibro-lipomateuses qui faisaient au malade un vrai cou de taureau. Vascularisation intense et forte hémorrhagie. Dans les tumeurs préauriculaires, on se contenta de faire des injections d'alcool.

Revue après des mois, il présentait une notable diminution des tumeurs non enlevées, constatée d'ailleurs par lui-même.

## OBSERVATION XVIII

Hayem. *Société médicale des hôpitaux*, 5 mars 1897.

Le malade que je vous présente est un homme de 38 ans, vigoureux, obèse, bien constitué, présentant en divers points du corps des tumeurs volumineuses, remarquables par leur siège, leur consistance et leur structure anatomique. En certaines régions ces tumeurs entraînent des déformations considérables. Le fait est surtout frappant à la région cervicale et à la face. Le cou prosente une tuméfaction énorme, son diamètre est plus considérable que celui de la tête. Il se dessine sous forme d'un bourrelet épais, encadrant exactement la mâchoire inférieure et descendant jusqu'au sternum, de telle

sorte que les épaules semblent se continuer directement avec la tête. Cependant un sillon profond sépare le menton et les parties latérales de la mâchoire inférieure et de la région sus-hyoïdienne.

Le volume du cou et de la tête allant progressivement en décroissant de bas en haut, il en résulte que l'extrémité céphalique, depuis les épaules jusqu'au sommet du vertex à, la forme d'une pyramide tronquée à base inférieure et à sommet supérieur. Cette tuméfaction du cou et de la face est diffuse. En avant elle a envahi les régions sus et sous hyoïdiennes, latéralement les régions parotidiennes, sous-maxillaire, sterno-mastoïdiennes et sus-claviculaires, plus en arrière la région mastoïdienne et enfin à la partie postérieure du cou, les deux fossettes latérales de la nuque.

Les deux fossettes sont comblées par deux tumeurs volumineuses à grand axe vertical et descendant jusqu'à la partie inférieure de la nuque. Les oreilles sont comme soulevées. La face toute entière semble boursouflée, grâce à l'abondance du tissu adipeux, etc.

Au niveau des bords latéraux du trapèze, dans les fosses sus-épineuses, il existe également une tuméfaction diffuse se continuant avec celle de la nuque. Sur le dos à gauche le long du bord interne de l'omoplate, on voit une petite tumeur arrondie, mollasse, grosse comme une petite noix. Aux aisselles surtout à droite, il existe une énorme tumeur qui retombe sur la partie antéro-latérale du thorax, au-dessus et en dehors des mamelles légèrement hypertrophiées. Ces tumeurs empêchent l'adduction complète du bras.

Aux aînes : gros bourrelets parallèles et sous-jacents au pli de flexion de la cuisse. A l'aine droite, on aperçoit une longue

cicatrice linéaire, résultant de l'ablation partielle de la tumeur, faite en 1895 par M. Pierre Delbet.

Dans toutes les autres régions, aucune tumeur semblable.

Ces tumeurs ont toutes une consistance à peu près identique. Chacune d'elles est constituée par une tuméfaction diffuse sans limites précises, légèrement lobulée, semi-élastique, demi-fluctuante, ayant en un mot tous les caractères des lipomes ; mais une palpation attentive permet de reconnaître en certains points, de petites masses arrondies, plus fermes, nettement séparées les unes des autres et roulant sous les doigts ; ce sont des ganglions lymphatiques hypertrophiés, noyés dans une énorme masse de tissu adipeux.

Dans les régions maxillaires et sous-claviculaires l'abondance de la graisse empêche de sentir les ganglions. Ils sont très nets à la nuque et faciles à reconnaître dans les aînes, dans l'aisselle droite et surtout l'aisselle gauche. Là, non seulement on sent des ganglions hypertrophiés, mais encore des sortes de cordons indurés qui semblent les réunir entre eux.

Toutes ces masses sont mobiles par rapport au plan profond ; la peau qui les recouvre a un aspect normal, sauf au niveau de l'aisselle droite.

Dans cette région, elle est considérablement épaissie, ridée, chagrinée, grenue, comparable à la peau d'orange, impossible à plisser ; elle a en un mot, un aspect éléphantiasique. Le réseau veineux est très développé à la surface de toutes les tumeurs et surtout autour d'elles.

Lorsque j'ai vu le malade pour la première fois, c'est-à-dire le 20 janvier, il était assez fortement cyanosé, et présentait une gêne très notable de la respiration. En proie à une dys-

pnée légère, mais continue, le moindre effort augmentait beaucoup la difficulté de la respiration.

Le sommeil dans le decubitus complet était impossible ; la respiration bruyante au plus léger effort ; il existait un cornage laryngé modéré.

Ces phénomènes se sont beaucoup amendés, depuis le début du traitement suivi en ce moment. Mais il persiste encore une altération très notable de la voix, qui est grave, profonde, un peu voilée. Ces phénomènes devaient naturellement attirer mon attention du côté du médiastin.

Or, j'ai pu constater, à peu près à l'union de la première et de la deuxième pièce du sternum, une zone de matité transversale de 10 centimètres environ ; à ce niveau, du côté droit surtout, la respiration est rude, bronchique. Il existe donc manifestement une compression de bronches, et cette compression est limitée sans doute à la loge antérieure du médiastin ; en arrière, il n'y a pas de matité.

Malgré l'hyperadipose de la paroi abdominale, on peut reconnaître que ni le foie, ni la rate, ne sont augmentés de volume.

Les testicules sont normaux. La légère hypertrophie des mamelles s'explique facilement par l'hyperadipose généralisée.

Enfin, du côté du cœur du système nerveux et de l'appareil digestif, rien de remarquable.

L'étude du malade a été complétée par des examens du sang et des urines.

L'analyse du sang a montré une augmentation manifeste du nombre des globules rouges, que j'attribue à la cyanose : 5.580.000 le 29 janvier ; 5.427.000 le 27 février.

Par contre il n'existe qu'une leucocytose légère et qui n'est même pas constante, puisque le 29 janvier on trouve : 12.400 globules blancs et le 27 février 8.650.

Quant à l'analyse des urines, elle montre une élimination très exagérée des chlorures, et au contraire très faible de l'urée, particularité que l'alimentation du malade n'explique pas. Le 5 février il y a 13 gr. 44 d'urée par 24 heures 22 gr. 27 de chlorures.

Le 11 février. — 18 gr. 94 de chlorures.

Tel est l'ensemble des phénomènes que présente actuellement le malade ; mais avant de passer à la discussion du diagnostic, il est indispensable de rapporter brièvement l'histoire de la maladie et de ses antécédents personnels et héréditaires.

Ces derniers sont négatifs. Pas de tare héréditaire. Rien de semblable dans sa famille. Lui-même à part quelques maladies contractées dans son enfance de 9 à 11 ans (rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde), a toujours été bien portant.

Il est depuis longtemps un peu obèse et a toujours mené une vie presque sédentaire (employé à la compagnie du gaz).

Il y a cinq ans, il a été atteint d'une maladie fébrile, caractérisée essentiellement par une tuméfaction douloureuse des régions parotidiennes gauche d'abord, droite ensuite.

Cette maladie a été diagnostiquée oreillons par le médecin, traitant. Elle a duré quinze jours. La tuméfaction a totalement disparu à droite. Elle s'est atténuée à gauche, mais sans jamais disparaître complètement.

C'est là le début apparent de la maladie actuelle. Un peu plus tard est survenu un gonflement au niveau de la fossette latérale gauche de la nuque. Mais à partir de ce moment

toutes les poussées ganglionnaires ont eu lieu sans douleur et sans fièvre.

Tandis que le gonflement augmentait insensiblement dans les régions précédemment envahies, il faisait son apparition en d'autres points ; nuque du côté droit, régions parotidienne et sous-maxillaire droite. Pendant trois ans, la tuméfaction reste limitée au cou.

Il y a deux ans les régions inguinales sont prises presque simultanément. Quelque temps après c'est l'aisselle droite.

Les tuméfactions du cou, jusque-là indépendant, se fusionnent. Il y a 8 mois apparaît pour la première fois un peu de gêne respiratoire.

Depuis deux ou trois mois, la tumeur de l'aisselle droite a considérablement augmenté de volume. Enfin, il y a cinq ou six semaines, l'aisselle gauche, s'est prise à son tour.

Et c'est en cet état que le malade se montre à nous.

Nous sommes maintenant à même d'aborder la question du diagnostic. Ce qui nous frappe tout d'abord c'est la localisation exclusive des tumeurs aux régions pourvues normalement de ganglions lymphatiques : régions sus-claviculaires, sous-thyroïdiennes, parotidiennes, fossettes latérales de la nuque, aisselles, aines, bord latéral du trapèze (on sait que de petits ganglions aberrants ont été décrits en ce point).

On est donc en présence d'une maladie caractérisée essentiellement par des tumeurs à siège ganglionnaire sans leucocythémie, sans hypertrophie du foie, et de la rate ou autres altérations viscérales, tumeurs ayant débuté par une tuméfaction douloureuse des régions parotidiennes et des phénomènes fébriles, et ayant évolué, ensuite lentement, pro-

gressivement, en l'espace de cinq ans, sans douleur, sans la moindre fièvre.

Ces tumeurs sont toutes lipomateuses, mais quelques-unes contiennent manifestement des ganglions hypertrophiés.

Aussi malgré l'abondance du tissu adipeux et l'aspect éléphantiasique de la peau (au niveau de l'aisselle droite) peut-on admettre qu'il s'agit d'un lymphadénome ganglionnaire, variété aleucémique de M. Gilbert, à forme un peu spéciale, forme lipomateuse.

L'abondance extrême du tissu graisseux n'est signalée dans aucune des observations sur lesquelles j'ai des renseignements. Cette hypothèse ne peut faire repousser l'hypothèse d'une affection du système ganglionnaire.

Quant à l'aspect éléphantiasique de la peau, je crois qu'il peut s'expliquer par des troubles de nutrition en rapport avec la gêne de la circulation veineuse et lymphatique, due à la présence de la tumeur.

Nous avons en effet, noté l'aspect variqueux des veines, la présence de cordons lymphatiques durs. Il est probable qu'il existe de même des varices lymphatiques.

Un autre point encore obscur, c'est l'interprétation des phénomènes du début.

Les accidents fébriles et douloureux ayant accompagné l'apparition du gonflement parotidien étaient-ils des oreillons vrais ou marquaient-ils l'éclosion de la lymphadénie ? Le fait est d'autant plus difficile à résoudre que les poussées fébriles et douloureuses sont fréquentes dans le cours de cette dernière maladie ; mais chose remarquable ces accidents, ne se sont pas reproduits ultérieurement.

Enfin, on doit ajouter que si du côté gauche le gonfle-

ment parotidien a persisté, il a totalement disparu à droite M. Pierre Delbet a bien voulu me communiquer le résultat de ses observations sur la tumeur qu'il avait enlevée au malade.

Elles étaient essentiellement composées de tissu graisseux, renfermant de petits ganglions noirâtres.

Examinée au point de vue bactériologique, elle lui a donné une culture jaune d'un microbe analogue au staphylocoque. Ce cas viendrait donc à l'appui de la théorie qu'il a émise dernièrement sur l'origine infectieuse du lymphadénome.

Malgré l'évolution lente de la maladie et la dégénérescence graisseuse, qui nous paraissent être des signes favorables, le pronostic me semble devoir être réservé, à cause de l'envahissement du médiastin.

Pour le moment, il n'y a pas trace de cachexie, comme le prouve le nombre très élevé des globules rouges.

De nombreux traitements ont déjà été tentés ; mais surtout l'iodure de potassium et l'arsénic. Ils n'ont rien produit.

Frappé de la prédominance excessive du tissu adipeux sur l'élément ganglionnaire, j'ai entrepris le 20 février, le traitement thyroïdien, à la dose de deux capsules de corps thyroïde de mouton desséché, représentant un tiers de la glande. J'ai choisi la préparation de M. Yvon.

Le 27. — J'ai porté la pose à trois capsules, soit une demi-glande.

Non seulement la médication a été bien supportée, mais il y a déjà une notable amélioration : la cyanose a diminué, la gêne respiratoire est moindre.

Je continuerai le traitement jusqu'à ce que des signes d'intolérance surviennent, et j'alternerai alors la médication thyroïdienne avec le traitement arsenical.

## OBSERVATION XIX

Ex *Pester Mediz. Chir. Presse*, 1er août 1897, p. 738, *Ein Fall von symmetrischen Lipomen.* Joseph Levai et Moritz Schein. 2 fig. (Résumé).

J. K. 35 ans, cocher, pèse 66 kgr. 6.

Collier ou sac bi-auriculo sous-mental.

Grosse hémisphère symétrique aux zygomas. Tumeur quadrilobée occipito-cervicale. Autres masses au-devant de la poitrine, « la thyroïde semble triplée de volume ».

Se guidant sur l'hypertrophie de la thyroïde et sur le début assez fréquent du myxœdème par l'apparition de lipomes au cou, l'auteur soumit son malade à la médication thyroïdienne, et cela deux mois de suite mais sans résultat appréciable. Il n'obtint pas davantage de l'iodure de potassium.

## OBSERVATION XX

(Péan, tribune médicale, 23 Février 1898).

P..., Abel, 32 ans, cocher.

*Antécédents héréditaires.* — Rien d'intéressant, si ce n'est que son père est d'un embonpoint assez accusé.

*Antécédents personnels.* — Une scarlatine à cinq ans ; une fluxion de poitrine à quinze.

Histoire du malade. Il y a deux ans, s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur, occupant la partie droite de la nuque et ayant le volume d'un petit pois ; une semblable tumeur apparaît, peu de temps après, du côté opposé. Presque au même

moment, deux autres tumeurs, encore semblables aux précédentes, se montrèrent, une à droite, l'autre à gauche, un peu au-dessous et un peu en arrière du pavillon de l'oreille; puis deux autres parurent sur les épaules; une autre naquit sous le menton.

Etant donné le peu d'intervalle qui sépara l'apparition de chacune, on peut dire qu'elles naquirent toutes en même temps En même temps aussi, elles subirent une progression rapide, si bien qu'en un an, elles atteignirent le volume qu'elles ont aujourd'hui.

*Etat actuel* (décembre 1897). — Une énorme tumeur s'étendant d'une oreille à l'autre, en collier, descend au-devant du cou, en remplissant tout l'espace compris entre le menton et la partie supérieure du sternum. Ses dimensions sont sensiblement les suivantes : d'une oreille à l'autre, 35 centimètres; du menton à la limite inférieure, 24 centimètres. La tumeur est de consistance molle et de coloration rougeâtre dûe au développement d'un riche réseau veineux superficiel.

D'autre part la nuque est occupée par deux tumeurs de même aspect siégeant l'une à droite, l'autre à gauche. Celle-là empiète sur le cuir chevelu et son extrémité supérieure est couverte de cheveux; elle mesure environ 6 centimètres de long sur 6 de large. Celle de gauche beaucoup plus volumineuse mesure 0,12 centimètres dans les deux sens.

Une autre tumeur occupe la région dorsale interscapulaire; elle mesure 0,15 centimètres en hauteur et en largeur.

Enfin sur chaque épaule et descendant sur le deltoïde, une tumeur de même nature, forme une masse volumineuse : celle de droite mesure 25 cent. et 15 cent.; celle de gauche 20 cent. et 15 cent.

Une tumeur plus petite que les précédentes occupe le creux épigastrique.

Toutes les tumeurs présentent le caractère des lipomes sous-cutanés diffus. A mesure qu'elles augmentent de volume et surtout depuis quelques mois, le malade sent ses forces diminuer : il dit avoir perdu 20 livres, depuis le 30septembre.

*Opération* le 18 décembre 1897. — Le malade demi-assis est anesthésié à l'éther. Nous faisons à droite une incision transversale passant au milieu de la tumeur pré-thyroïdienne. Cette incision s'étend de la ligne médiane postérieure jusqu'à un point situé à 6 centimètres au-delà de la ligne médiane antérieure du cou. Immédiatement sous la peau, on aperçoit l'anus graisseux sous-cutané, parcouru en certaines places par des tractus fibreux qui partent de la face profonde du derme et traversent les masses lipomateuses en formant des loges dans lesquelles cheminent les vaisseaux, artères et veines, hypertrophiés et dilatés. Cette disposition est de plus en plus évidente, à mesure qu'on arrive plus profondément dans le tissu graisseux que nous enlevons par morcellement. Nous arrivons ainsi, sans avoir pu distinguer ni les fibres du peaucier, ni les aponévroses qui sont englobés dans le tissu morbide, jusque sur les muscles trapèze, sterno-cléïdo mastoïdien, mylo-hyoïdien, digastrique, sterno-thyroïdien, dont les aponévroses d'enveloppe ne sont plus distinctes de la couche graisseuse qui les recouvre, de sorte que le tissu graisseux adhère fortement aux fibres musculaires superficielles et que la dissection en devient extrêmement difficile. Dans l'intervalle des muscles le tissu lipomateux envoie des prolongements sous-aponévrotiques, du volume d'une noix ou d'une pomme et dont la dissection demande les plus grandes précau-

tions pour ne pas léser les vaisseaux et les nerfs qui leur sont accolés. Les plus volumineux de ces lobes secondaires siègent dans la région sus-claviculaire et dans la région parotidienne. Ces masses étant enlevées et six à huit ligatures étant placées sur les vaisseaux pincés, à mesure qu'on les rencontre, nous réunissons les lèvres de la plaie par un surget au catgut, après avoir laissé un drain, dont l'extrémité libre sort en arrière. On applique alors un pansement iodé compressif.

## OBSERVATION XXI

Bouvet. *In nouvelle Iconographie* de la Salpêtrière, Extrait, par MM. Launois et Bensaude, Masson éd.

B... Marie-Fidèle-Edouard, 42 ans, cocher. Tumeurs lipomateuses sous le menton, à la nuque au niveau de la 7e vertèbre cervicale, derrière l'oreille droite, au creux sus-claviculaire, dans la région dorso-lombaire au niveau des dernières côtes (à gauche seulement), au niveau du rebord des crêtes iliaques. Aux bras, 2 tumeurs : l'une au-dessus de l'épitrochlée et l'autre au niveau du pli du coude, 2 lipomes également au niveau de chaque cuisse : l'une dans le triangle de Scarpa, l'autre à la partie externe.

Une tumeur située derrière l'oreille droite plus haut placée que celle que le malade présente actuellement aurait été extirpée à l'hôpital Saint-Denis il y a 7 ans par M. Leroy des Barres.

Le malade porte en outre une ulcération à la face dorsale du pied droit et un mal perforant plantaire avec anesthésie au pied gauche. Il a de l'exagération des réflexes rotuliens et de la trépidation épileptoïde.

Il meurt à l'infirmerie de la maison de Nanterre d'une pneumonie. La famille s'oppose à l'autopsie.

## OBSERVATION XXII

A. Pitres. *Journal de médecine, Bordeaux*, 20 août 1899, p. 391

X.... Etienne, boucher, 21 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ni personnels. Alcoolisme.

X..., fait remonter le début de sa tumeur à deux mois environ. Quelques semaines auparavant, on lui avait dit que son cou grossissait, mais il ne s'était nullement inquiété, car il ne remarquait rien d'anormal. Vers les premiers jours du mois d'avril 1899, il sentit sur la partie latérale gauche du cou, un peu au-dessous de l'oreille, une tumeur mobile roulant sous la peau, et ayant le volume d'une amande. Deux ou trois jours après, il s'aperçut que du côté droit se trouvait une tumeur placée en un point symétrique.

Ces deux tumeurs augmentèrent progressivement de volume, et le cou fut bientôt entouré d'une véritable collerette. Un mois après X..., ne pouvait plus boutonner son col de chemise et devait porter du linge non amidonné.

X..., est un homme fortement musclé, qui me paraît très vigoureux.

La tumeur pour laquelle il est venu me consulter forme autour du cou une volumineuse collerette. Elle occupe surtout la partie inférieure du cou, surplombant le thorax, et s'étend, en arrière, jusqu'aux clavicules. La saillie du maxillaire inférieur a disparu sur les côtés et la joue se continue, directement, sans aucune dépression avec la tumeur. Un sillon à la surface

de celle-ci paraît séparer la région sous-maxillaire de la région sus-claviculaire.

De chaque côté on trouve au-dessus de la clavicule une saillie du volume du poing. Ces deux saillies latérales ne dépassent pas le bord supérieur de la clavicule ; elles s'atténuent au niveau du tiers interne de l'os.

Le cou a 47 centimètres de circonférence au niveau de l'os hyoïde, mais il s'élargit en tronc de cône à sa partie inférieure et mesure 58 centimètres au-dessus des clavicules. Une chemise empesée a déterminé une légère excoriation sur le côté gauche de la tumeur ; mais la peau est molle, souple, sans adhérence. Il existe partout un développement veineux assez prononcé à la partie supérieure du thorax des deux côtés, mais pas sur la tumeur elle-même. Pas de varices lymphatiques. La tumeur n'a pas de mouvements d'expansion, elle ne suit pas le larynx dans ses mouvements d'abaissement et d'élévation.

A la palpation, cette tuméfaction a une consistance molle, dépressible ; on y trouve de petites masses lobulées plus fermes et roulant sous le doigt. Ces petites masses ressemblent à des noyaux ganglionnaires durs, noyés dans une masse gélatineuse ou lipomateuse.

La tumeur, submate à la percussion, est dépressible, mais non réductible ; une compression prolongée ne diminue pas son volume ; l'effort musculaire ne l'augmente pas. A sa surface la peau ne prend pas l'aspect gaufré par le pincement.

Il y a des tumeurs, de consistance identique à celle des tumeurs cervicales, en avant des deux creux axillaires, entre les grands pectoraux et la cage thoracique. Le long de la gaine des vaisseaux du bras droit, à quatre travers de doigt au-des-

sus du pli du coude, existe une petite masse allongée, longue de 4 à 5 centimètres, également molle et lobulée. Une dernière se trouve sur le bras gauche, le long des vaisseaux.

Le ventre est volumineux avec une adipose assez prononcée, qui fait faire à la paroi une saillie en avant.

Le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés. Les testicules sont normaux. On trouve quelques points rouges de pigmentation sur le thorax; pas de nœvi étendus. Tous les réflexes sont conservés.

Pas de trouble de sensibilité.

La respiration est un peu rude, bronchitique. Rien au cœur, les artères sont un peu athéromateuses.

Les urines n'ont jamais été troubles, ni lactescentes. L'examen fait, il y a quelques semaines, n'a rien décelé d'anormal.

*Examen du sang.* — Globules rouges 6.262.000 ; globules blancs 10.800.

On ne trouve pas d'embryon de filaire à l'examen du sang recueilli le jour ou la nuit.

## OBSERVATION XXIII

Demons. *In Extrait de la nouvelle iconographie de la Salpêtrière* par Launois et Bensaude. Masson éd.

Jules R..., 48 ans, tonnelier. Père rhumatisant, mort à 68 ans de rhumatisme.

Mère vivante, âgée de 78 ans, bien portante. A perdu un frère à l'âge de 18 ans d'une maladie inconnue.

A encore quatre frères et sœurs en bonne santé. Possède une fille bien portante.

A eu la dysentérie à l'âge de 23 ans. Depuis lors, jouit d'une bonne santé ; ne croit pas être alcoolique.

Il avoue cependant qu'il prend un apéritif chaque jour.

Jamais il n'a eu de grands chagrins, ni d'émotions violentes.

A diverses reprises, il a eu des échauffements, mais pas de blennorrhagie intense ni de syphilis.

Il y a dix ans, le malade s'aperçut de la présence d'une petite tumeur arrondie derrière l'oreille droite. Il prit alors de l'iodure de potassium.

Pendant deux ou trois ans la tumeur grossit lentement, tou en restant localisée derrière l'oreille. Puis elle commença à descendre sur la face latérale droite du cou. Progressivement elle a gagné la région sus-hyoïdienne et enfin, elle a envahi la face latérale gauche du cou. Il y a un an et demi, apparition de deux tumeurs presque juxtaposées de chaque côté de la ligne médiane, à la nuque : celle du côté gauche a grossi plus vite que l'autre.

Presque en même temps se développaient deux tumeurs symétriques, plus bas, à gauche et à droite de la partie postérieure de la colonne cervicale. Depuis quelques mois, une tumeur à marche rapide s'est montrée dans les deux aisselles.

Toutes ces tumeurs ont grossi sans provoquer de grandes douleurs. Le malade éprouvait seulement de la gêne.

K... ne croit pas avoir maigri. Depuis un an, il tousse surtout le matin et attribue cette toux à l'usage exagéré du tabac. Il dit être essoufflé lorsqu'il fait un violent exercice, mais n'a jamais eu de palpitations de cœur.

L'appétit est resté bon et les digestions ont été toujours faciles. Pas de céphalalgie.

Le malade a pris longtemps des préparations iodurées et arsénicales. La liqueur de Fowler a été poussée jusqu'à la dose de 22 gouttes par jour. Il a utilisé les pommades fondantes, mercurielles et autres. Un médecin a fait des injections intesrtitielles d'une solution arsénicale sans succès.

L'une de ces injections a déterminé la formation d'un abcès.

L'électrisation localisée n'a pas eu un meilleur résultat. Un chirurgien a conseillé un séjour sur le bord de la mer, un autre a refusé l'opération demandée, à cause des dangers de l'anesthésie et de l'hémorrhagie. D'autres ont diagnostiqué un lymphadénome et prescrit l'arsenic.

Lorsque le malade vient nous voir, au mois de novembre 1899, nous constatons d'abord la présence d'une énorme tumeur qui occupe toute la partie antérieure et supérieure du cou, d'une oreille à l'autre. Elle est limitée en haut par le rebord inférieur du maxillaire inférieur et descend jusqu'au devant des premiers anneaux de la trachée. Sur les côtés elle semble arrêtée par les muscles sterno-mastoïdiens, mais il est facile de voir que sous ces muscles elle se continue en arrière avec une autre tumeur bilobée qui siège dans la région de la nuque de telle sorte que la tumeur a envahi en totalité la partie supérieure du cou, formant un gros collier d'où émerge la tête, collier plus volumineux en avant qu'en arrière et déprimé sur les parties latérales. Au niveau des régions parotidiennes, elle déborde de chaque côté en avant, et atteint le niveau des arcades zygomatiques.

Dans toute sa portion antérieure le néoplasme a une forme assez régulière ; il ne paraît que vaguement lobulé. La peau n'a pas subi d'altérations. Sous elle on voit se dessiner quelques veines dilatées. A la palpation la lobulation est un peu plus

nette. Cependant on sent bien qu'il s'agit d'une seule tumeur et non pas de tumeurs enkystées juxtaposées. La peau glisse assez bien à la surface ; on perçoit une certaine mobilité sur les couches profondes, mais on ne trouve pas cette sensation que donne une tumeur franchement encapsulée. Quelques parties semblent dans la masse,un peu plus mobiles que d'autres. La consistance est mollasse semblable à celle des lipomes : en certains points elle est plus ferme comme celle des fibro-lipomes.

Les tumeurs de la région postérieure du cou, sont un peu plus tendres, à grains plus serrés pour ainsi dire, plus fines ; on en voit quatre lobes principaux, symétriques séparées par deux sillons s'entrecroisant, grosses comme des pommes. Dans les creux sus-claviculaires, il y a des tumeurs pareilles.

Celle du côté droit est un peu plus volumineuse, elle se prolonge presque sur l'épine de l'omoplate.

Dans les creux axillaires autres tumeurs du volume d'une grosse orange, mollasses, assez mobiles. Deux autres tumeurs, sysmétriques, un peu étalées, paraissant sous musculaires, à droite et à gauche et tout près de la ligne verticale des apophyses épineuses, dans la région lombaire. Une petite tumeur assez profonde , sur le côté droit de la poitrine, au niveau de la cinquième côte. Une petite tumeur grosse aussi comme une noix, sous cutanée, dans la région de l'hypocondre droit, toujours avec la même consistance lipomateuse.

On ne trouve pas de néoplasme aux aines, ni aux membres inférieurs, ni autour ou dans le bassin ni dans l'abdomen. Pas d'ascite ni d'œdème des membres inférieurs.

La face est rouge, un peu vultueuse.

Pas de dilatation appréciable des veines superficielles. Pas d'exophtalmie.

Pupilles normales. Pas de paralysie faciale.

Au cou, peu de dilatation des jugulaires externes et antérieures. La trachée n'est pas déviée.

*Thorax.* — Dilatation des veines superficielles assez marquée sur la partie antéro-supérieure gauche s'étendant jusque sur le bras.

A la percussion sonorité normale des deux côtés.

A l'auscultation, râles ronflants à droite, en avant et en arrière. Pas de souffle, ni de diminution du murmure respiratoire. Les bruits du cœur sont sourds. Pas de bruits anormaux. Le pouls est régulier sans athérome appréciable.

Le malade tousse un peu depuis quelque temps sans expectoration. Jamais d'hémoptysies. Pas d'oppression. Pas de troubles de la déglutition. On ne voit aucune saillie anormale dans la bouche ni dans le pharynx. Les fonctions digestives s'exécutent bien. Miction normale, urine physiologique. Le malade n'a ni céphalalgie, ni bourdonnements d'oreilles, ni troubles de la vue, ni troubles sensitifs ou moteurs dans les membres. Mais il est attristé par sa maladie qui le rend l'objet de la curiosité des passants ; il est devenu mélancolique et manifeste un désir ardent d'être débarrassé des tumeurs de son cou.

« L'examen du sang a été pratiqué par M. le Dr Sabrazès, au laboratoire des cliniques, le 11 novembre 1899, le malade étant à jeun.

| | |
|---|---|
| Nombre des globules rouges par m/m c. | 4.663.200 |
| — — blancs — | 11.984 |
| Hémoglobine | 100 0/0 |

*Formule leuccoytaire.*

| | |
|---|---|
| Polynucléés neutrophiles . . . . | 79,08 0/0 |
| Lymphocytes . . . . . | 18,87 0/0 |
| Grands mononucléés . . . . . | 1,53 0/0 |
| Eosinophiles . . . . . | 0 0/0 |
| Mastzellen. . . . . | 0,51 0/0 |

Anomalies de ce sang: absence d'éosinophiles, augmentation du nombre des polynuclées neutrophiles .

Pour être autorisé à rapporter ces modifications du sang à l'adéno-lipomatose il faudrait réexaminer cet homme quand il sera guéri de sa bronchite et retrouver les mêmes anomalies dans l'état du sang.

L'embonpoint est moyen. Le diagnostic porté est : adéno-lipomatose, diffuse, symétrique à prédominance cervicale.

Vivement sollicité par le malade et par sa famille d'intervenir chirurgicalement, je me décide à contre-cœur à céder à leur pression, tout en déclarant à l'avance que plusieurs opérations successives seront nécessaires et que je ne puis pas répondre d'un résultat très satisfaisant. Une première opération porte sur la partie inférieure et de la tumeur antérieure du cou. Je fais une longue incision transversale, et j'enlève une masse de tissu graisseux, absolument et en tous points lipomateuse, grosse comme le poing d'un enfant. En quelques points la tumeur semble partiellement encapsulée, mais dans sa majeure partie elle est diffuse, sans que je puisse trouver de plans de clivage. Les vaisseaux nombreux sont perdus, noyés dans la masse graisseuse, je les sectionne sans les avoir vus. L'hémorrhagie est assez considérable et de nombreuses

ligatures sont nécessaires. Suture, drain. A la suite, le malade, a pendant quelques jours une fièvre assez forte avec une bronchite assez intense. Un peu de suppuration. Cicatrisation au bout de 18 jours.

Quinze jours plus tard, j'attaque les tumeurs supérieures de la nuque. Mêmes particularités opératoires. La perte de sang est un peu moins forte. La dissection est plus laborieuse, je taille en plein néoplasme. C'est donc plutôt une incision qu'une extirpation. Suture, drain, bonnes suites. Dans une troisième séance, je reviens sur la tumeur antérieure dont j'enlève encore une portion grosse comme une pomme, en morceaux. Chemin faisant je sectionne une grosse veine du tronc thyro-linguo facial. Suture, drain, bonnes suites. Les fragments de la tumeur enlevée étaient microscopiquement et histologiquement du lipome pur. Je n'ai vu, ni touché et encore moins enlevé aucun ganglion ni aucun fragment de tissu d'apparence ganglionnaire.

J'avais espéré que peut-être, à la suite de ces incisions, il se produirait dans les autres parties des tumeurs une modification régressive plus ou moins notable.

Il n'en a rien été. Depuis nos tentatives opératoires, de l'avis de tous ceux qui voient le malade, la tuméfaction du cou a sensiblement augmenté.

Les veines jugulaires antérieures sont plus dilatées qu'auparavant. Il ne me paraît pas que les portions de la tumeur enlevée aient récidivé. On en peut bien juger à la nuque. Je crois plutôt que la masse générale a augmenté de volume. Au reste la santé générale est toujours très bonne.

L'aspect du visage est même meilleur. Le poids du corps est plus considérable. Le moral est bon.

J'ai renoncé à toute nouvelle intervention malgré de nouvelles sollicitations de l'intéressé. Ce que j'ai vu précisemment me donne l'assurance que jamais je ne pourrais arriver à une éradication satisfaisante, même approximativement. En second lieu, je crois que si je voulais pousser plus profondément une dissection, il me serait impossible d'éviter la lésion des gros vaisseaux et des nerfs importants de la région, englobés de toutes parts par le tissu graisseux et rendus invisibles dans cette masse jaune diffuse.

---

Vu le président de la thèse,
LE DENTU

Vu par le Doyen de la Faculté
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

## BIBLIOGRAPHIE


**Achard et Lannelongue**. — Traité des kystes congénitaux, Paris.

**Baker (Morrant)**. — Trans. of the pathol. Soc. London, 1879.

**Baker (Morrant)** and **Anthony Bowlby**. — Med. chir, Transactions, 1886, vol. LXIX, p, 60 et 61.

**Bouvet**. — Ex Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, Extrait. Masson Ed.

**Brodie (Benjamin)**. — Lectures on Pathology and Surgery, London 1846.

**Bryk**. — Arch. für. Klin. Chir., 1874, tome XVII, p. 568

**Bucquoy**. — Bull. Soc. méd. des hôp., 17 juin 1890.

**Clutton**. — Voy. Mac Cormac.

**Curschmann**. — Klinische Abbildungen, 1895.

**Dalché**. — Bull. Soc. méd. des hôp., 15 octobre 1897.

**Darben**. — Thèse, Paris, 1868.

**Dartignolles**. — Bull. Soc. méd. des hôp., 10 juillet 1891.

**Dieu**. — Thèse Paris, 1885.

**Du Castel**. — Bull. Soc. de derm. et de syphiligraphie, t. VII, 1896.

**Demons (Pr)**. — Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 29 décembre 1899.

**Threuwall (Von).** — Deutsche Zeitsch. für chir., t. XXXVIII.

**Foucher.** — Gazette des hôp., 1863, p. 485.

**Grosch.** — Berlin. Klin. Wochens., 27 janvier 1896.

**Hallopeau et Jeanselme.** — C. R. Soc. de derm. et de syph., 16 février 1893, p. 195.

**Hayem (P.-G.).** — B. Soc. méd. des hôp., 5 mars 1897, p. 333, Cliniques de l'hôpital Saint-Antoine. Paris, 1900.

**Huguier.** — Soc. de chir., 17 mars 1855.

**Jeanselme et Bufnoir.** — Soc. méd. des hôp., mai 1898.

**Kutzenellenbogen.** — Thèse Paris, 1895.

**Langer (Fritz).** — Arch. für. Klin. chir., décembre 1893, fig.

**Lakarider.** — Thèse, Strasbourg, 1878, fig.

**Launois et Bensaude.** — Soc. med. des hôp., 7 avril 1898. Presse médicale, 1er juin 1898.

**Le Dentu (Pr).** — Clin. chirurgicale de Necker, 1890-91. Paris, 1892.

**Lejars.** — In thèse Marçais. Paris, 1894.

**Levai (J.).** — Pesth. médic. Presse. 1er août 1897, p. 38.

**Mac Cormac.** — Saint-Thomas's Hospital Reports, 1884 vol. XIII, p. 287.

**Madelung.** — Arch. für Klin. Chir., t. XXXVII, 1888, p. 106.

**Marçais.** — Thèse, Paris, 1894.

**Margerin.** — Thèse, Paris 1894.

**Merlin (Ferd.).** — Loire médicale, 15 octobre 1891, 1 planche.

**Milian.** — Gaz. des hôp., 1895.

**Muller.** — Arch. de Langenbeck, V. 39, 1889, p. 652.

**Onimus.** — In thèse de Darbez.

**Péan**. — Leç. de Clin. chir., t. IX, p. 1080, Tribune médicale, 1898, p. 147.

**Pitres (A.)**.— Soc. de méd. et chir. de Bordeaux, 1899, n° 34, p. 394.

**Potain (P.)**. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1882, p. 682 et 687.

**Quénu**. — Soc. de Chirurgie, 1888.

**Ricard**. — B. de la Soc. de Chirurgie, p. 1188, 14 décembre 1898.

**Schuchardt**. — Berlin. Klin. Woch., 1897, t, XXXIV, p. 215.

**Sick**. — Aertzliche Verein zù Marburg, 5 juin 1894.

**Siredey (F.)**. — B. Soc. méd. des hôp., 30 juin 1892.

**Socin**. — Soc. méd. de Bâle, 1892.

**Stoll**. — Beitrage zur Kasuistik der Lipomen. J. D. Tubingen, 1891.

**Tapie**. — Thèse, Paris, 1899.

**Targowla**. — Annales méd. psych., mars, avril 1891.

**Virchow (P.)**. — Sitzung der Berl. médiz. Gesellfchaft aus 18 mai 1892. Berlin. Klin. Wochens., 1892.

**Williams**. — Transactions of the Pathological Society of London, 1890, p. 289.

Imp. de la Faculté de Médecine, L. BOYER, 15, rue Racine, Paris.